Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Expedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 stycznia 1886. **№ 1.** Rok XXV.

TREŚĆ: I. MIKULICZ: Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj. I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj. — II. ADAMKIEWICZ: O krążeniu krwi w komórce zwojowéj. — III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie. KLIKOWICZ: Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptonie. — IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla. MARCISIEWICZ: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj. — V. BLUMENSTOK: Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Seryja druga. I. Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna? — VI. *Oceny i sprawozdania*: SENATOR: O leczeniu duru brzusznego. ROSENBERG. O leczeniu nerwic odruchowych z błony śluzowéj nosa pochodzących za pomocą mentolu. — HOFMANN: Przyczynek do kazuistyki obrażeń śródmacicznych płodu i zmian do nich podobnych. — *Wiadomości pomniejsze*. — VII. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. gal. — VIII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — IX. *Wiadomości bieżące*.

I. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

Obawa przed otwarciem jamy brzusznéj zakorzeniona w epoce przedantyseptycznéj, kiedy głos powszechny uznawał każdą laparatomiję za bezwzględnie groźną dla życia, należy dziś na szczęście do historyi. Ufność w dzisiejszą technikę, zdobytą dla chirurgii jamy brzusznéj, użycza operującemu niezbędnéj pewności i spokoju do wykonania najcięższych zabiegów w jamie brzucha, i zachęca również lekarza nieoperującego do poddania z czystém sumieniem swych chorych operacyjom, których wynik przestał być dzisiaj igraszką losu. Zbyteczną byłoby rzeczą dowodzić, że powodzenie uzyskane dla operacyj brzusznych zawdzięczyć trzeba antyseptyce, podobnie jak to ma miejsce w innych krwawych zabiegach, a choć dzisiaj jeszcze niektórzy chirurgowie angielscy, na czele których stoi Tait, jawnie twierdzą, że antyseptyka pozostaje bez wpływu na pewność leczenia po laparatomijach, to twierdzenie ich polega na całkiem jednostronném i błędném zrozumieniu pojęcia antyseptyki.

Z drugiéj strony wypływa z rozwoju chirurgii jamy brzusznéj, a zwłaszcza z rozwoju owaryjotomii, że zastósowanie antyseptyki do tych zabiegów nie miało tak doraźnego wpływu, ile go zyskano na innych obszarach chirurgii operacyjnéj. Wyniki laparatomij nie poprawiły się za jednym zamachem, jak to np. pokazało się po amputacyjach, resekcyjach i operacyi wola. Wiadomo, iż Spencer Wells, Keith, Koeberlé i inni cieszyli się jeszcze przed wprowadzeniem metody Listera tak świetnemi wynikami po owaryjotomijach, że wpływ antyseptyki mógł tu wywrzeć poprawę tylko wśród szczupłych granic. W żadnym razie metoda Listera nie zdołała usunąć w każdym przypadku niebezpieczeństwa operacyj w jamie brzusznéj z tą pewnością, którą daje przy innych zabiegach operacyjnych i dziś jeszcze zdarzają się w przebiegu laparatomij powikłania, urągające dotychczasowym zasadom antyseptyki i nie rzadko prowadzące do powstania posokowatego zapalenia otrzewny. Podczas gdy zwyczajna owarytomija, *lege artis* wykonana, choćby nawet połączoną była z miernemi zrostami, nie zagraża choréj więcéj, niż odcięcie sutka, to nie brak natomiast przypadków, gdzie nawet najsumienniejszy wyznawca antyseptyki nie jest w stanie ustrzedz się napewne zapalenia otrzewny albo tkanki łącznéj podsurowiczéj.

Pełną groźnego niebezpieczeństwa jest zwłaszcza pewna grupa hysterotomij lub raczéj myomotomij, po części i owaryjotomij, w któréj znachodzi się guz znacznych rozmiarów, wrośnięty w miednicę, lub wychodzący już pierwotnie z tkanki podsurowiczéj z pomiędzy blaszek więzadła szerokiego, lub też poczynający się w miąższu saméj macicy, Po wyłuszczeniu takich guzów powstaje znaczna jama ranna. ognisko martwe w miednicy, zkąd nader łatwo bierze początek zakażenie posokowate otrzewny i tkanki podsurowiczéj. Znaczenie przypadające podobnym ogniskom martwym, zwłaszcza ze względu na hysterotomiję, uwydatniają najlepiéj następujące liczby. Spencer Wells, któremu udało się w ostatnich latach zniżyć odsetek śmiertelności po owaryjotomij do 10%, postradał z 50 przypadków myomotomij 24, a więc prawie połowę. Schröder, (*Centralbl: f. Gynaekologie* 1885. Nr. 45.) wykazujący w trzeciéj setce owaryjotomij, przez siebie wykonanych, tylko siedem przypadków śmierci, utracił 32 ze 100 operowanych hysterotomij. (*Die Myomotomie von M. Hofmeier* Stuttgart. 1884). Wprawdzie nie zawsze było przyczyną śmierci zakażenie septyczne, gdyż w 10 przypadkach z pomiędzy tych 32 przyczynę zejścia śmiertelnego odnieść należy do wstrząsu, zaniku serca, anemii i t. d., w każdym jednak razie pozostaje jeszcze 22 procent śmiertelności, wywołanéj zakażeniem

septycznêm, którym nie objęte są nadto 3 przypadki zakażenia, uleczone po przebiciu się wysięku, jak również i te, gdzie śmierć głównie była wynikiem innych chorób.

Nader pouczającym jest dokładny rozbiór statystyki Schrödera. Na 100 operowanych myomotomij wydarzyło się 28 przypadków, gdzie guz trzeba było wyłuszczyć z miednicy, i śród tychże dołączyło się 15 razy ($53^1/_2$ %) zakażenie septyczne; w pozostałéj reszcie, a więc 72 przypadkach, tylko 10 razy (14%) rozwinęło się zapalenie otrzewny posokowate.

Bez wątpienia nie mały niepokój obudzić musi okoliczność, jeśli tak zręczny chirurg i surowy na punkcie przestrzegania antyseptyki operator, jak Schröder, nie zdołał nawet w połowie powikłanych przypadków zażegnać grozy martwych ognisk w miednicy, ani ustrzedz się zakażenia posokowatego otrzewny. Odsetek liczący $53^1/_2$ przypadków z zakażeniem septycznêm przedstawia tak wygórowaną cyfrę, że z innych zabiegów operacyjnych jedynie najgorsze wykazy za czasów przedantyseptycznych mierzyć się z niemi mogą, posłużyć jednak może równocześnie za dowód, jak niedołężne są dotąd stosowane środki, celem zapobieżenia szkodliwościom wynikłym z ognisk martwych w miednicy. Zadaniem naszêm przeto śledzić pilnie przyczyny zakażenia posokowatego w tych przypadkach i wytknąć drogę, celem zwalczenia tego ostatniego szkopułu, na który natrafia antyseptyka jamy brzusznéj.

Sprawą tą zajmuję się od dłuższego już czasu, przed 5 bowiem laty wykazałem w pracy ogłoszonéj w Archiwie Langenbecka (T. XXVI) znaczenie ognisk martwych w ogóle, a w szczególności w jamie brzusznéj, a zapatrywania moje o téj kwestyi znalazły ogólne uznanie. Podano szereg projektów, których celem miało być usunięcie niebezpieczeństwa, wynikającego z nadmienionego wyżéj powikłania. Zachowując sobie na późniéj omówienie bliższe tych projektów, zaznaczam tutaj, że w części odpowiadają one celowi i już nieraz stosowano je ze skutkiem, że przecież nie zawsze dają się przeprowadzić. Dotąd nie posiadamy wcale metody ogólnéj do usunięcia ognisk martwych z jamy brzusznéj.

Przeszło od roku posługuję się środkiem, który, jak mniemam, zasługuje w tym kierunku na ogólniejsze zastósowanie. Dla ugruntowania tego środka pozwolę sobie przedewszystkiêm przytoczyć najważniejsze punkty, odnoszące się do znaczenia ognisk martwych z uwzględnieniem odrębnych stosunków w jamie otrzewny.

Odsłoniętą przy pomocy noża otrzewnę porównywano wprzódy wielokrotnie z wielką raną jamistą, a porównanie to nie zbyt szczęśliwe pociągnęło za sobą liczne błędy a zwłaszcza tę ciężką przewinę, że starano się zrazu całkiem szablonowo nagiąć metodę Listera do ran otrzewny. Otwarta jama otrzewny odróżnia się tak dalece od zwykłych powierzchni rannych, że znaczenie jéj, jako *cavum sui generis* zostać się musi równie wobec chirurga, jakoteż anatoma i fizyjologa.

Przedewszystkiêm obszar jamy otrzewny wyróżnia ją od innych jam rannych, gdyż według obliczenia Wegnera powierzchnia całéj otrzewny dochodzi wielkością swą powierzchni zewnętrznéj całego ciała, tak, że nawet rozległe rany operacyjne, jakie stwarza np. wyłuszczenie uda, nie dorównywają nawet dziesiątéj części téj powierzchni. Powtóre worek otrzewny, kryjący w swêm wnętrzu ruchome i samoistnym ruchem przesuwające się trzewa, objęty jest ruchomemi ścianami, z których przepona znowu bez przerwy spełnia swoje czynności.

Z tych téż powodów ustalenie opatrunkiem, odgrywające tak ważną rolę przy innych ranach operacyjnych, przy ranach otrzewny w zupełności zawodzi, a skutkiem rozległych obszarów powierzchni otrzewnowéj i nieustannego przesuwania się, jakoteż ruchu pojedyńczych jéj części, rozwijający się proces zapalny zajmuje częstokroć gwałtownie i szybkim krokiem całą otrzewnę. Toż samo źródło zakażenia wzniecające w zwykłéj ranie przemijające zaburzenie, mały ropień zaledwo, może w jamie otrzewny rozniecić śmiertelne zapalenie, i gdy w pierwszym przypadku wystarczy następowe wprowadzenie sączka, w razie drugim bezskutecznemi się się okazały dotychczasowe środki, zmierzające do ujęcia w granice już szerzącego się zakażenia.

Nie małą wagę mają również właściwości otrzewny, tj. zdolność wsysania i przesączania, zyskujące têm większe znaczenie skutkiem rozległéj powierzchni otrzewny. Podczas gdy zwykła powierzchnia ranna wydziela w pierwszych stanowczych dniach wiele, a wsysa mało, otrzewna zdolną jest śród wszelkich warunków do chłonienia bardzo znacznych ilości cieczy, bo według rachunku Wegnera nawet 8% całego ciężaru ciało w przeciągu jednéj godziny. Ta własność tłumaczy nam téż raźne wsysanie zakaźnéj wypociny i rychłe pojawienie się ogólnych objawów zakażenia, lecz wzbrania zarazem bezpośredniego użycia silnych środków antyseptycznych. Zmywanie rozczynem kwasu karbolowego lub sublimatu z korzyścią stósowane na inne rany, groziłoby tu zbyt wielkiêm niebezpieczeństwem ogólnego otrucia. Z drugiéj strony zdolność chłonienia właściwa otrzewnie nie małą przynosi korzyść, umożliwiając wessanie nawet sporych ilości cieczy, które jużto pozostały w niéj po operacyi, lub téż nagromadziły się w niéj następowo. Krew i wydzielina ranna, ciecz puchlinowa, a nawet częstokroć treść trobieli jajnika nie sprowadzają szkody po wessaniu, jeśli tylko nie ulegną zakażeniu, lub nie podpadają zbyt łatwo rozkładowi, tj. jeśli nie przedstawiają zbyt korzystnego gruntu dla rozwoju bakteryj.

Zdolność otrzewny do przesączania i wysiąku zawisła głównie od natury i natężenia bodźca drażniącego; rozległe zapalenie otrzewny wiąże się pospolicie z obfitą ilością cieczy, nagromadzonéj między poszczególnemi zaułkami téj błony, lecz nie zawsze, jak wiadomo, wydziela otrzewna płynny wysięk, skoro ulegnie zadrażnieniu. Szereg środków chemicznych i mechanicznych wywołuje bowiem wysięk plastyczny, nacechowany własnością szybkiego i silnego zlepiania powierzchni otrzewny naprzeciw siebie leżących. Ograniczony ten proces zapalny, tak zwane zapalenie zlepne otrzewny, przedstawia dla chirurga całą doniosłość właściwości otrzewny, gdyż większą część dzisiejszéj techniki operacyjnéj, jakoto szew jelita, podwiązki *en masse* i t. d. spoczęły na jego podstawie. Zapalenie zlepne otrzewny tłumi zarazem śród korzystnych warunków groźne inaczéj niebezpieczeństwo, wynikłe z zakażenia otrzewny, otorbiając bardzo często ogniska zapalne.

Streszczając to, co dotąd omówiłem, muszę wyznać, że własności otrzewny wogóle utrudniają nader zastósowanie antyseptyki w jamie brzusznéj. Nadzwyczajna drażliwość otrzewny wobec zarodków zakaźnych zmusza nas do ściślejszego przestrzegania prawideł ostrożności, niżli to ma miejsce w innych ranach. Jeszcze jeden moment wpływa na trudność położenia, a ten przedstawia się jak następuje: zwykłą ranę operacyjną, śród zabiegu może przypadkowo zakażoną, nie trudno zabezpieczyć przed rozwinięciem się zakażenia przez

końcowe obmycie jéj rozczynem kwasu karbolowego, a nadto przez zaopatrzenie jéj w sączki, które zakaźną wydzielinę odprowadzają na zewnątrz. W jamie otrzewny oba sposoby nie dają się zużytkować; drenowanie według prawideł podanych dla ran zwyczajnych w ogóle nie jest możebném, a nawet grozi niebezpieczeństwem, jak to jeszcze późniéj będę miał sposobność uwydatnić. Z drugiéj zaś strony jest ono pospolicie zbyteczném, gdyż otrzewna chłonie ciecze tak żywo, że wśród zwyczajnych warunków nie zachodzi potrzeba usuwania wydzieliny na zewnątrz, a ta okoliczność niezawodnie ułatwia nam leczenie ran po laparatomii w największéj liczbie przypadków. Prócz zdolności chłonienia wspomaga nadto jeszcze dążność otrzewny do wysięków plastycznych zabiegi antyseptyczne w laparatomijach.

Wyzyskując starannie obie własności powyższe, uzbrojona w dwójnasób silniéj w zwykłe ostrożności przeciw pierwotnemu zakażeniu septycznemu, stanęła dzisiejsza technika na tym stopniu, że z równą pewnością, jak przy innych operacyjach, możemy śmiało ręczyć za przebieg laparatomij. Od reguły téj stanowią jednak wyjątek przytoczone pierwéj przypadki, w których wypada wyłuszczyć guz, z samą miednicą stojący w związku; roztrząśnienia zaś ostatnie dotyczą jedynie zdrowéj, nieuszkodzonéj otrzewny i prawidłowo odbywającéj swe czynności. Jama otrzewny pozbawiona gdziekolwiek prawidłowéj swéj wyściółki, przedstawia w témże miejscu powierzchnię ranną, zachowującą się nie inaczéj, jak każda inna ranna; lecz tamująca zarazem czynności prawidłowe otrzewny. Istotę rzeczy stanowi w tym przypadku wielkość rany otrzewnowéj i miejsce jéj usadowienia w jamie otrzewny po operacyi. (C. d. n.).

II. O krążeniu krwi w komórce zwojowéj.

Przez Prof. Dra Adamkiewicza.

O t. z. siatkach i przestworach w tkance nerwowéj.

Przed dwoma laty ogłoszone badania moje o unaczynieniu rdzenia pacierzowego człowieka (*Die Blutgefässe des menschl. Rückenmarkes.* Rozprawy wied. Akademii Umiejętn. T. LXXXIV i LXXXV 1882 i 1883), nie tylko dały poznać szczegółowy przebieg naczyń w rdzeniu pacierzowym, ale także ugruntowały prawo ogólnofizyjologicznego znaczenia.— Wykazały one bowiem, że ilość krwi dopływającéj nie we wszystkich częściach rdzenia pacierzowego jest jednakową, lecz że zależy ona w prostym stosunku od obfitości odpowiednéj części rdzenia pacierzowego w zwoje.

Największą ilość krwi otrzymują obydwa zgrubienia rdzenia pacierzowego, mianowicie miejsca, z których wychodzą największe sploty nerwowe dla odnóg górnych i dolnych. Najmniéj w krew zaopatrywaną jest część piersiowa, z któréj téż najdrobniejsze, jak wykazałem (*Arch. Virchowa* T. LXXXVIII, 1882) często niedostatecznie wykształcone, pary korzeniowe biorą swoj początek.

Rozpołożenie naczyń wewnątrz istoty rdzeniowéj jest zależném także od obfitości zwojów. Naczynia dostają się do rdzenia pacierzowego od obwodu i przebiegają przez istotę białą, aby się dostać do szaréj i w niéj dopiero w naczynia włosowate się rozdzielać. Istota więc biała rdzenia pacierzowego bezzwojowa ma dla naczyń rdzenia pacierzowego przeważnie tylko znaczenie podłoża. Dostawszy się zaś do istoty szaréj, a więc zwoje posiadającéj, rozgałęziają się w niéj jako w istocie będącéj dla nich właściwém polem rozgałęzienia i odżywienia.

Gęstość siatki naczyniowéj wewnątrz saméj istoty szaréj jest znowu zależną od ilości zwojów. Jest tam największą, gdzie najwięcéj znajduje się zwojów tj. w przednich rogach szaréj istoty, podczas gdy najsłabszą jest w środku szaréj istoty, gdzie zwojów wcale nie ma. Daléj nie sięgnęły moje ówczesne poszukiwania. A przecież brakowało im jeszcze właściwego zakończenia, na które dopiero co opisane fakty wskazywały, wykazując, że ilość naczyń w prostym stoi stosunku do zwojów a wykazując przez to, że między zwojami a krwią musi istnieć pewien związek ściślejszy. Zbadanie tego stosunku pozostało wówczas pytaniem nierozwiązaném. Musiałem wtenczas to bardzo zajmujące i ustawicznie na myśl nasuwające się pytanie, jakiego rodzaju ten związek być może, zostawić w zawieszeniu. Jedynym rezultatem, który zdawał się do tego dążyć, było wykazanie przezemnie t. z. „siatek międzywłosowatych.“

Rozumiałem przez nie siatki drugiego rzędu, które z naczyń włosowatych krwionośnych nastrzyknąć można było i które zdawały się wypełniać cały system między sobą komunikujących otworów kształtu gwiazdkowatego. Bliższe badania tych międzywłosowatych siatek, kształtem swym żywo kanaliki sokowe w tkance łącznéj przypominających, przekonały mnie, że siatki te wśród prawidłowych stosunków nie są krwionośnemi, ani nawet preeksystującemi przestworami, lecz że są to zapewne przestwory wśródtkaninowe, które dopiero w skutek ucisku masy injekcyjnéj sztucznie zrobione zostały. W narządach układu centralnego nie krąży krew nigdzie, jak o tém przekonałem się teraz, w przestworach bez ścian, lecz w preformowanych naczyniach, które charakter rur aż do końca swego zatrzymują.

Jak to zakończenie wygląda, to wyjaśnią poniżéj przedstawić się mające stosunki unaczynienia zwojów. Jeżeli się nie mylę to wyjaśnienie to będzie miało zasadnicze znaczenie dla sprawy dotychczas zupełnie nieznanego odżywienia pojedyńczego pierwiastka tkaninowego.

O siatce krwionośnéj zwojów międzykręgowych.

Z wielu prób wyniosłem to przekonanie, że przez nastrzykiwanie rdzenia pacierzowego klejem nic więcéj jak obszary i siatki naczyń włosowatych istoty szaréj i białéj uwidocznić się nie da. Tam gdzie masa klejowa opuszcza ściany naczyń włosowatych, tam wciska się co najwyżéj w dopiero co opisane, sztucznie zrobione przestwory, które dla nas nie mają żadnego znaczenia.

Jak już w pierwszych mych pracach podniosłem, pojedyńcze oczka naczyń włosowatych zwykle są daleko większe aniżeli ciałka zwojowe, które w nich leżą, a nie mogąc znaleźć pomiędzy pojedyńczemi siatkami a komórkami bezpośredniego związku, przypisałem winę tego ujemnego wyniku niewystarczającéj technice samego sposobu nastrzykiwania.

W szczególności musiałem myśleć, że najprawdopodobniéj nadzwyczajna cienkość dróg łączących naczynia włosowate ze zwojami w rdzeniu stoi na zawadzie, że masa klejowa w drogi te wcisnąć się nie jest w stanie.

Dla tego przeniosłem badanie stosunków krążenia w zwojach na pole, na którém, dla większego kształtu znajdujących się tu zwojów i dla wybitniejszéj ich budowy i pod-

łoża, pomyślniejszych rezultatów z nastrzykiwania spodziewać się miałem przyczynę.

Można było bowiem przypuszczać, że ogólny pierwowzór odżywienia zwojów we wszystkich obszarach zwojów jest jeden i ten sam i że wykazanie stosunków krążenia w pewnym rodzaju zwojów równocześnie daje poznać główne prawidło, według którego odżywianie zwojów odbywa. się także we wszystkich innych miejscach.

Ponieważ zwoje międzykręgowe dla wspomnianych korzystnych warunków wydawały mi się być do nastrzykiwania odpowiedniemi, postanowiłem więc zbadać wśród nich system krążenia. Z technicznych względów, których natura wkrótce się wyjaśni, posługiwałem się do moich celów zwojami międzykręgowemi trzech górnych korzeni splotu barkowego.

1. Ogólne ułożenie naczyń w zwojach międzykręgowych.

W drugiéj części moich badań nad naczyniami krwionośnemi rdzenia pacierzowego człowieka (Rozprawy Akad. Umiej. wiedeń. l. c.) wykazałem, że zupełnie błędném było dawniejsze mniemanie, jakoby cały rdzeń pacierzowy był krwią zaopatrywanym przez t. z. tętnicę rdzeniową przednią *(art. spinalis anterior)* i jakoby krew wzdłuż rdzenia pacierzowego z góry na dół płynęła. Krew płynąca w tętnicy kręgowéj w bardzo małym tylko stopniu służy rdzeniowi pacierzowemu. Większa jéj część dąży do mózgu. Małe tylko gałązki téjże, mianowicie moje tętnice kręgowo-rdzeniowe przednie i tylne (*Aa. vertebro-spinales anteriores et posteriores)*, doprowadzają górnéj części rdzenia pacierzowego, części szyjnéj, względnie małą ilość krwi. Podobnie jak dla rdzenia tak i dla zwojów międzykręgowych prąd krwi tętnicy kręgowéj (*art. vertebralis*) jest bez znaczenia. Byłobyto zatém daremnym trudem, starać się z tętnicy kręgowéj nastrzyknąć zwoje międzykręgowe.

Do rdzenia pacierzowego dopływa krew, jak wykazałem, w drogach tętniczych, które z boków w towarzystwie przednich i tylnych korzeni do rdzenia dochodzą i które nazwałem tętnicami rdzeniowemi przedniemi względnie tylnemi (Rozpr. Akad. Um. wied. l. c.). Tętnice te rdzeniowe dzielą się na przedniéj, względnie na tylnéj, powierzchni rdzenia w osi podłużnéj rdzenia pacierzowego i tworzą obfite powierzchowne, podłużne anastomozy, z których wreszcie wychodzą gałązki i gałązeczki do istoty rdzeniowéj.

Zwoje międzykręgowe zaopatrywane są przez krew z podwójnego źródła: 1) wprost przez tętnice rdzeniowe, szczególnie tylne a 2) pośrednio przez podłużne anastomozy, które między innemi odsyłają także gałązki do korzeni, moje *Aa. radicinae*, a przez nie krew do odpowiednich zwojów międzykręgowych.

Najodpowiedniejszą więc drogą do nastrzykania zwojów międzykręgowych byłyby tętnice rdzeniowe. Nadzwyczaj jednak mozolne i żmudne badania przekonały mnie, że droga ta nie wynagradza trudu. Przy tak licznych drogach komunikacyjnych, jakie anastomozy podłużne we wszystkich kierunkach posiadają, jest rzadkim przypadkiem, jeżeli masa injekcyjna dostaje się na szerokiéj drodze podłużnych anastomoz do zwojów międzykręgowych za pośrednictwem *Aa. radicinae.*

Na pośrednie połączenie naczyń pomiędzy *Aa. spinales* i zwojami międzykręgowemi już dla tego liczyć nie można, ponieważ tętnica rdzenia w celu nastrzykania musi być odpreparowaną, t. j. od otaczającéj tkanki odłączoną, przyczém właśnie najważniejsze połączenia ze zwojami zostają uszkodzone.

2. Tętnice obszaru międzykręgowego splotu barkowego.

W jedném tylko miejscu warunki dla nastrzykania zwojów międzykręgowych są korzystniejsze.

Miejscem tém jest splot barkowy.

Tu, gdzie prawie z każdym korzeniem tętnica rdzeniowa do rdzenia pacierzowego biegnie, odchodzą przednie tętnice rdzeniowe trzech górnych korzeni splotu barkowego, mianowicie korzeni V, VI i VII nerwu szyjnego, wspólnie bezpośrednio od pnia tętnicy kręgowéj. Dla tego téż można nastrzyknąć tętnice rdzeniowe trzech wyżéj wymienionych korzeni szyjnych z tętnicy kręgowéj i to bez wielkich trudności.

1. Zamiast bowiem cienkiego pnia nastrzykuje się pień grubości pióra gęsiego, co upraszcza nadzwyczaj technikę nastrzykiwania i zabezpiecza pomyślny wynik.

2. Z tętnicy kręgowéj nastrzykuje się równocześnie trzy tętnice rdzeniowe.

3. Nastrzykując tętnicę kręgową nie potrzebujemy odpreparowywać odpowiednich tętnic rdzeniowych, pozostawiając je przez to w naturalném położeniu wraz z gałązkami do odpowiednich zwojów międzykręgowych przebiegającemi, a wreszcie

4. Tętnica kręgowa przebiega właśnie przed zwojami międzykręgowemi trzech górnych korzeni splotu barkowego i przesuwając się koło nich oddaje jeszcze wprost do nich małe gałązki. Przez nastrzykiwanie tętnicy kręgowéj wprowadzoną bywa masa injekcyjna na podwójnéj drodze do zwojów międzykręgowych, a to przez *Aa. spinales* i przez bezpośrednie gałęzie.

Żyły obszaru międzykręgowego przebiegają analogicznie do tętnic. Każdemu pniowi tętnicy kręgowéj odpowiada wspólnie z nim przebiegająca żyła, z któréj żylna siatka dopieroco wspomnianego obszaru także dobrze daje się nastrzyknąć.

3. Sposób nastrzykiwania w celu przedstawienia śródzwojowéj siatki naczyniowéj.

Zbadawszy stosunek większych naczyń do obszaru zwojów międzykręgowych splotu barkowego nastrzykiwałem w celu badania drobnowidowego w następujący sposób trzy górne zwoje barkowe. Tętnica kręgowa została podwiązaną pomiędzy kręgami dźwigaczem (*atlas*) a kręgiem obrotowym (*epistropheus*), z dołu zaś zaraz po jéj wyjściu z tętnicy podobojczykowéj a przed wejściem do *foramen transversum* 6go kręgu szyjnego została odpreparowaną i ztąd ciepłym klejem karminem zabarwionym prędko nastrzykniętą. Chociaż sądzę, że każdy świadomy rzeczy wie, co przez dobre nastrzykanie rozumieć należy, to jednak, aby już z góry uprzedzić płytkie krytykowanie, dodać muszę, że wtenczas tylko nastrzykanie za dobre uważam, gdy masa wstrzykiwana lub zawarty w niéj barwik ani przez sam akt zastrzykania ani przez późniejsze preparowanie poza obręb naczyń nie przechodzi. Gdzie jedno lub drugie ma miejsce, nastrzykania za udane uważać nie można.

Wkrótce po nastrzyknięciu wydłutowano z trupa część szyjną kręgosłupa w całości i otworzono go w celu wydobycia zwojów międzykręgowych. Po stwardnieniu zwojów w płynie Müllera pokrajano je i jeżeli była tego potrzeba zabarwiono safraniną za pomocą méj metody, a wreszcie badano drobnowidowo.

(C. d. n.)

III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał Dr. Stanisław Klikowicz z Petersburga.

W lecie roku 1883 wybrałem za poradą prof. Salkowskiego temat powyższy za przedmiot studyjów w jego pracowni; wówczas już otrzymałem rezultaty, które pozwalały uważać pracę moją za ukończoną. Chciałem jednak zrobić jeszcze kilka doświadczeń dla wyjaśnienia niektórych szczegółów, jako téż w celu sprawdzenia dokładności otrzymanych rezultatów za pomocą pewnych zmian w doświadczeniach kontrolujących. Ponieważ, opuszczając Berlin, spodziewałem się wkrótce powrócić tamże do mojéj pracy, przeto odłożyłem ogłoszenie doświadczeń tych aż do mojego powrotu; lecz dopiero w czerwcu rb. mogłem pracę moją w pożądany sposób uzupełnić.

Zabrałem się z otuchą do pracy, gdyż spodziewałem się przez rozwiązanie zadania nietylko zadowolić interes teoretyczny, lecz osiągnąć także pewne rezultaty, któreby i pod względem praktycznym nie były pozbawione znaczenia. Żołądek jest organem, którego najczęściéj używamy do wprowadzania rozmaitych leków do organizmu. Wobec wielkiego znaczenia, jakie posiada nienaruszona działalność żołądka, jako przyrządu przyswajającego pokarmy, baczyli lekarze zawsze na to, ażeby wprowadzone istoty nie drażniły błony śluzowéj żołądka i tym sposobem nie nabawiały chorego cierpienia nowego. Dla uniknięcia tego zwykli lekarze istoty mocno i w ogóle niekorzystnie na przewód pokarmowy oddziaływające podawać jednocześnie z pokarmami i, jak się zdaje, osiągnięto w ten sposób zupełnie zadowalające wyniki. Przez to żołądek pozostaje w prawdzie nienaruszonym, lecz nasuwa się pytanie, czy i o ile wpływa to na sam proces trawienia. Jeśliby dane lekarstwo wywierało wpływ ujemny na działanie soku żołądkowego, w takim razie należałoby zwrócić uwagę na powstałą w ten sposób szkodę i usunąć złe albo za pomocą wyboru innego preparatu, a nawet innéj metody leczenia, albo téż przez użycie innéj drogi do wprowadzenia leku do organizmu.

Nie chcemy oddawać się złudzeniu, że doświadczenia nasze pozwalają wysnuwać bezpośrednie wnioski co do procesów trawienia w żołądku. Jakkolwiek od stu lat przeszło wiemy (Réaumur, Spalanzani i wielu innych), że trawienie jest sprawą czysto chemiczną, nie daje się jednakże zaprzeczyć, że istoty trawione w kolbie przy temperaturze ciała sztucznym albo naturalnym sokiem żołądkowym, pod niektóremi przynajmniéj względami znajdują się w innych warunkach, aniżeli potrawy w żołądku. Wiadomo, że w skutek skupienia się produktów przemiany istot białkowych wstrzymanym zostaje dalszy przebieg trawienia (Maly K. *Chemie der Verdauungssäfte und der Verdauung*, str. 81—85. *Hermanns Handbuch d. Physiol.* V tom, część I.); jeśli w czasie, gdy rozpuszczanie białka w sztucznéj mięszaninie trawiącéj już daléj nie postępuje, dodamy do mięszaniny téj wody zakwaszonéj kwasem solnym, wtedy spostrzeżemy natychmiast, że dane do trawienia ciało zaczyna się daléj rozpuszczać, jeśli weźmiemy na uwagę, że rozcieńczenie, jako takie, bezwarunkowo skuteczności soku podnieść nie może; że podług Grütznera, (Landois, L. *Lehrbuch der Physiol. d. Menschen* 1881 str. 311), Schiffa i Malyego (Maly K. l. c. str. 86), pepsyna podczas trawienia częściowo zostaje zniszczoną — wówczas zrozumiemy, że o wiele szybszym i doskonalszym musi być proces tam, gdzie, jak w żołądku, z jednéj strony ma miejsce ciągły dopływ soku, z drugiéj zaś nieustanne chłonienie produktów przemiany. Z doświadczeń Grütznera (*Neue Unters. über d. Bildung u. Ausscheidung des Pepsins Breslau 1875*), Heidenhaina (*Physiologie der Absonderungsvorgänge. Hermanns Handbuch d. Physiologie*, tom V, część I, str. 156. Tenże: *Pflügers Archiv. d. gesammt. Physiol*, tom. XIX 1878 str. 159.) i innych wiemy, jak się w ciągu jednego okresu trawienia zachowują stosunki składu soku żołądkowego z fermentu i kwasu i jakkolwiek znaczenie tych, na pewnych prawach opartych, stosunków ściśle interpretować się nie daje, to jednak blizkiém jest przypuszczenie, że akt wydzielania regulowanym zostaje przez proces trawienia i wypada na korzyść przyswajania. Z powodu dość sprzecznych zdań różnych badaczy nie można wprawdzie stanowczo powiedzieć, czy podrażnienie nerwów błędnych i trzewowych, względnie przecięcie ich, bezpośrednio i koniecznie wywołuje pewne zmiany w wydzielinach żołądka, lecz spostrzeżenia kliniczne i doświadczenie codzienne na zdrowych zdają się nasuwać myśl, że wpływy nerwowe drogą odruchów, jako téż rozmaite stane psychiczne wielkie mają znaczenie dla trawienia żołądkowego. Uwagi te niech posłużą za dowód, że jesteśmy sobie dobrze świadomi właciwego znaczenia naszych doświadczeń i że nie mamy bynajmniéj zamiaru przypisać im innéj wartości, aniżeli posiadają w rzeczywistości.

Większa część istot, któremiśmy się zajmowali, była już dawniéj w tym samym kierunku mniéj albo więcéj dokładnie zbadaną. Jeśli więc obok nowych powtórzyliśmy szereg dawnych doświadczeń, stało się to z następujących powodów: co do wielu środków zdania nie są zgodne; większość badaczy wykonywała zresztą staranne bardzo doświadczenia z tak małemi ilościami białka i soku żołądkowego, że uważaliśmy za pożądane powtórzyć rozbiory te z większemi ilościami bezwzględnemi, a to w tym celu, ażeby źródła błędów, o ile można, ograniczyć. Wszystkie zresztą dawniejsze doświadczenia polegały, o ile wiem, na tém, że substrat — po większéj części świeży włóknik — którego waga w stanie wilgotnym i suchym naprzód oznaczoną została, przez rozmaitą w rozmaitych razach ilość godzin wzgl. minut poddawano trawieniu naturalnym albo sztucznym sokiem żołądkowym. Do porcyi równoległych dodawano rozmaite istoty, których wpływ na trawienie studyjowano. Po przerwaniu procesu i porównaniu wagi nierozpuszczonych porcyj włóknika wysnuwano wnioski co do energii upłynionego w każdym razie trawienia. Blizkiém było przypuszczenie, że rozpuszczenie białka niezawsze szło w parze z tą przemianą albuminu, która przedstawia, jeźli nie wyłączną, to w każdym razie najdogodniejszą, postać, w jakiéj odbywa się w organizmie pochłanianie ciał proteinowych, a może i wsteczna przemiana tychże w prawdziwe ciała białkowe. Uważaliśmy tedy za słuszne kusić się z tego punktu widzenia o odpowiedź na pytanie, i jeśli czytelnik w pracy niniejszéj nie znajdzie niespodzianych rezultatów, to zdaje nam się, że notatki te jednak nie są pozbawione interesu, gdyż zgodność, jakotéż różnicę pomiędzy otrzymanemi na nowéj drodze a dawniejszemi rezultatami uważać można jako potwierdzenie albo zachętę do dalszego badania.

Ponieważ wartość rezultatów zależy od ścisłości metody, za pomocą któréj otrzymane zostały, przeto pozwalamy sobie

cokolwiek obszerniéj opisać metodę w naszych doświadczeniach zastosowaną.

Do doświadczeń naszych używaliśmy dwóch rodzai białka kupnego: część doświadczeń naszych robiliśmy nad suchém, w wodzie całkowicie pęczniejącém białkiem jaja; do drugiéj grupy braliśmy surowicę suszoną. Z temi dwoma preparatami postępowaliśmy w następujący sposób: 20—25gr. białka pozostawialiśmy w naczyniu zawierającém 500 cm. sz. letniéj wody destylowanéj tak długo, aż cała prawie istota napęczniała. Następnie ciecz tę cedziliśmy przez chustę i wlewali do kotła z dwoma mniéj więcéj litrami wrzącéj wody. Gdy się temperatura już zbliżyła do punktu wrzenia, dolewano kroplami kwasu octowego tak długo, aż wszystko białko ścięło się i płyn rozcieńczający stał się zupełnie przejrzystym. Wielkie te ilości dodawaliśmy w tym celu, ażeby wyciągnąć, o ile można, zawarte w białku sole. W ten sposób otrzymaliśmy osad z delikatnych kosmeczków złożony, przy białku jaja śnieżnéj białości, przy surowicy żółtawy cokolwiek; po odstaniu i odlaniu wody brano osad na sączek i dopóty go płukano, aż przesącz oddziaływał już kwaśno. Silnego wyciskania płateczków białkowych zaniechaliśmy, gdyż powstają przytém tak twarde gruzełki i bryły, że przy następującém potém oblaniu cieczą trawiącą nie dają się nawet za pomocą silnego wstrząsania zupełnie jednostajnie rozdzielić. Ponieważ okoliczność ta jest w stanie naruszyć równoległość postępowania, przeto woleliśmy dosyć wodnisty jeszcze twaróg zmięszać starannie w czarce i skoro masa w ten sposób zupełnie jednostajnie rozdzieloną została, odważyliśmy dwie równie zupełnie porcyje białka i przenosiliśmy każdą z nich do kolby, mogącéj jeden litr pomieścić. Za pomocą kilku doświadczeń przygotowawczych przekonaliśmy się, że 2—3 dowolne ilości takiego wilgotnego białka wykazują w suchéj pozostałości nieznaczne bardzo różnice procentowe. Tak np.

	zawiera: suchéj istoty	popiołu
wilgot. białka surowicy		
α. 1.869	0.221=11.82%	0.00046=0.209%
β. 3.534	0.403=11.40%	0.00096=0.239%
	średnio=11.61%	średnio=0.224%
wilgot. białka jaja		
α. 1.230	0.255=20.73%	0.00198=0.888%
β. 2.745	0.559=20.37%	0.00441=0.788%
	średnio=20.55%	średnio=0.838%

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

Sprawozdanie niniejsze z ruchu chorych w klinice okulistycznéj za rok słoneczny 1883 i 1884 jest dalszym ciągiem takiegoż sprawozdania Dra Macheka z poprzednich lat sześciu (Przegl. Lek.) a zawiera w pierwszéj swéj części ogólne statystyczne wiadomości, rzucające pogląd na liczbę, płeć, wiek, wyznanie i miejsce stałego pobytu chorych, jako też na ilość i jakość chorób w téjże klinice leczonych. Zestawiając je uwzględniłem równocześnie tak klinikę stałą jak i ruchomą. Druga część sprawozdania zawiera obok wykazu wykonanych operacyj także kilka uwag nad zaćmą i jaskrą, tudzież opis pewnéj liczby ciekawszych przypadków chorobowych, które już to dla rzadkości swojéj, już też z powodu niezwykle pomyślnego wyniku leczenia na wzmiankę zasługują. Ograniczyłem się tutaj jedynie do stosunkowo niewielkiéj liczby chorych leczonych w klinice stałéj (431); zdarza się bowiem bardzo często, iż chorzy uczęszczający do kliniki ruchoméj, skoro tylko znaczniejszą ulgę w cierpieniu uczują, uważając się za wyleczonych, do kliniki więcéj nie przychodzą, nie zawiadomiwszy poprzednio o tém lekarza ordynującego i uniemożliwiają w ten sposób robienie dokładniejszych obserwacyj. Operacyje zaś prawie wszystkie, z wyjątkiem mniejszych, jak wydalenie drobnych ciał obcych z rogówki, przecięcie przewódek łzowych, gradowiny (*chalazion*) lub woreczka łzowego, tatuowania blizn rogówkowych itd., wykonywa się na chorych przyjętych do kliniki stałéj.

I.

Ogólna liczba chorych leczonych w przeciągu 2 lat wynosi:

	rok 1883, M.	K.	rok 1884, M.	K.	Razem z 2 lat
W klinice stałéj	116	85	133	97	431
W klinice ruchoméj	937	677	994	715	3323
Razem	1053	762	1127	812	3754

Liczba chorych tak w klinice stałéj jak i ruchoméj wzrastała z każdym rokiem, w ostatnich latach w pewnym mniéj więcéj stałym stosunku (zob. Sprawozd. z klin. okul. z r. 1877—1882). Podobnie ma się rzecz w latach, z których obecnie sprawę zdajemy; w roku 1883 zwiększyła się frekwencyja o 219 chorych w porównaniu z rokiem poprzednim, a w r. 1884 o 124.—W klinice stałéj przepędzili chorzy ogółem dni 10.777, średnio wypada więc na każdego chorego dni 25.

Pod względem wieku przedstawiali chorzy następujący stosunek:

Wiek	M.	K.	Razem	%
0—10	368	379	747	19·9
10—20	497	356	853	22·7
20—30	465	236	701	18·6
30—40	296	216	512	13·6
40—50	223	173	396	10·5
50—60	168	117	285	7·6
60—70	119	84	203	5·4
70—80	36	13	49	1·3
80—90	8	0	8	0·2
Razem	2180	1574	3754	99·8%

Najwyższa więc odsetka przypada na chorych między 10 a 20 rokiem życia.

Liczba chorych wyzn. mojżesz.	Liczba chorych wyzn. chrześć.	Razem	% wyzn. mojżesz.
1134	2620	3754	30·2

Zgodnie z wykazami z lat poprzednich odsetka chorych wyznania mojżeszowego w stosunku do wszystkich chorych leczonych w klinice stanowi dosyć poważną cyfrę bo 30·2%; okoliczność ta utwierdza nas w przekonaniu o słuszności zdania, iż izraelici zapadają względnie częściéj niż chrześcijanie na choroby oczne, a w szczególności na cierpienia spojówki.—Trudną na razie jest odpowiedź, w czém szukać należy przyczyny, zdaje się jednak, iż brak zamiłowania czystości i w ogólności warunki bardzo niehigijeniczne, wśród

których izraelici żyją, odgrywają w tém nieposlednią rolę dość wspomnieć tutaj, że zapalenie pęcherzykowe (*kerato-conjunctivitis phlyctenulosa*) u dzieci, a jaglica (*trachoma*) u starszych znajdują wśród tych okoliczności bardzo korzystne warunki do swego rozwoju.

Dwie trzecie chorych (2390) pochodziły z Krakowa i Galicyi zachodniéj, resztę dostarczyły Galicyja wschodnia i Królestwo polskie, Śląsk austryjacki i pruski a w małéj liczbie Węgry.

Liczba chorych z kliniki stałéj i ruchoméj rozłożona na miesiące:

Miesiąc	Kl. ruchoma	Kl. stała	Razem
Styczeń	253	30	283
Luty	336	42	378
Marzec	325	37	362
Kwiecień	313	41	354
Maj	503	54	557
Czerwiec	401	57	458
Lipiec	275	15	290
Sierpień	102	—	102
Wrzesień	19	—	19
Październik	270	64	334
Listopad	294	54	348
Grudzień	232	37	269
Razem	3323	431	3754

Największa liczba chorych przypada więc na miesiąc maj, najmniejsza zaś na sierpień i wrzesień. Powyższy wykaz nie daje jednak dokładnego pojęcia o częstości chorób ocznych w poszczególnych miesiącach roku, zamknięcie bowiem zupełne kliniki stałéj na przeciąg 3 miesięczny (od połowy lipca do 15 października) wpływa bardzo niekorzystnie i na frekwencyję w tym czasie w klinice ruchoméj. Ze sprawozdań statystycznych zakładów oftalmologicznych otwartych przez cały rok można się przekonać, iż największa frekwencyja przypada stale na maj i czerwiec, najmniejsza zaś na grudzień. Najczęstsze w ogólności cierpienia oczne, jak zapalenie spojówki nieżytowe, pryszczykowe i jaglicowe, pojawiają się najczęściéj w maju i czerwcu, odtąd zaś stale stając się coraz rzadszemi, dochodzą w grudniu do minimum. Nie należy jednak zapominać o tém, iż w zimie z powodu utrudnionéj komunikacyi szczególnie dla biednych ludzi, napływ chorych do kliniki także zmniejszać się musi. Zdaje się więc, iż oba te czynniki razem wzięte, tj. mniejsza w ogóle liczba chorych ocznych i utrudnienie komunikacyi, wpływają niekorzystnie na frekwencyję chorych w porze zimowéj.

Na choroby poszczególnych części narządu wzrokowego przypadają następujące cyfry a względnie odpowiednie odsetki:

	M.	K.	Razem	%
1) Spojówka	1035	668	1803	32·71
2) Rogówka	663	581	1244	22·66
3) Twardówka	29	14	43	0·78
4) *a*) Tęczówka	159	112	271	4·91
b) Naczyniówka i ciałko rzęsk.	97	68	165	3·0
5) Jaskra	43	72	115	2·08
6) Siatkówka i nerw wzrokowy	158	68	226	4·10
7) Soczewka	293	267	560	10·10
8) Ciałko szklane	41	8	49	0·88
9) Gałka oczna	73	42	115	2·08
10) Refrakcyja	171	82	253	4·58
11) Akomodacyja	10	11	20	0·38
12) Mięśnie i nerwy	38	31	69	1·25
13) Narząd łzowy	25	68	93	1·68
14) Oczodół	5	4	8	0·16
15) Powieki	252	224	476	8·63
Razem	3092	2420	5512	99·88%

Z powyższéj tablicy wynika więc, iż cierpienia spojówki i rogówki były najczęstszemi, wynoszą one bowiem razem 55·37%, a zatém większą połowę wszystkich chorób ocznych. Przyczyny tego szukać należy w wystawieniu tych części na bezpośrednie działanie rozmaitych wpływów szkodliwych, jak chemicznych, termicznych i mechanicznych. W sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj (z r. 1863 –1865) następne miejsce zajmują choroby powiek, wynoszą one bowiem 7·9%, a po nich dopiero następują choroby soczewki 7·3%. W naszéj klinice, pomimo iż cierpienia powiek są dość częste, rzecz ma się odmiennie. W sprawozdaniu z ostatnich 6ciu lat odsetka chorób powiekowych wynosiła 6·96%, soczewki zaś 7·0%; w ostatnich zaś 2ch latach różnica była jeszcze większą, bo na powieki wypada 8·63%, a na soczewkę 10·10%. Odsetka bowiem z kliniki wiedeńskiéj odnosi się jedynie do kliniki ruchoméj, podczas gdy my obliczyliśmy równocześnie klinikę ruchomą i stałą, w któréjto ostatniéj przydarza się znaczna ilość chorób soczewkowych (zaćm schyłkowych). Czwarte dopiero miejsce z kolei zajmują zboczenie refrakcyi i akomodacyi (4·96%). Pomimo to jednak przy bliższém rozpatrzeniu się trzeba przyznać, iż zboczenia te stanowią w rzeczywistości znacznie większą odsetkę chorób ocznych. Wszak presbyopii prawie chorobą nazwać nie można, bo jest ona własnością fizyjologiczną każdego starzejącego się oka; hypermetropija zaś i myopija, wliczywszy niskie stopnie ostatniéj, zdarzają się tak często, prawie jak emmetropija. W sprawozdaniach z innych klinik znajdujemy też rzeczywiście średnio większą % wad refrakcyi i akomodacyi, przewyższającą naszą czasem o bardzo poważną cyfrę. Tak np. w sprawozdaniu Janyego z Wrocławia za r. 1883 przypada na te zboczenia 19·60%, w sprawozdaniu z Bostonu za r. 1883 na 7468 jest 1045 przypadków wad refrakcyi. — Gdzież więc szukać przyczyn tak niskiéj % tych wad oka w naszéj klinice? Po części w tém, iż w naszém społeczeństwie przeważna liczba krótkowidzów i presbyopów zwraca się wprost do optyka, a tylko bardziéj skomplikowane przypadki szukają pomocy w klinice, po części zaś w tém, że w klinice ruchoméj u chorych z cierpieniami zewnętrznych części oka, z powodu braku czasu, zwykle bystrości wzroku, a więc i refrakcyi, nie badamy. Jakżeż zaś często przydarza się, że u człowieka, który nieledwie szczyci się bardzo dobrym wzrokiem, przy bliższém badaniu lekką wadę refrakcyi wykrywamy. (C. d. n.)

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Przystępując w r. 1882 do ogłoszenia ważniejszych orzeczeń sądowolekarskich zapowiedziałem, że pomijać będę orzeczenia, które się odnoszą do drażliwych stosunków lekarskich i że w ogóle unikać będę starannie podawania nazwisk osób i miejscowości, a nawet dat, po których możnaby

się domyślać autorów orzeczenia, które Sąd lub Wydział uznały za nieodpowiednie. W całéj seryi pierwszéj wiernie przestrzegałem téj zasady i nie przeniewierzę jéj się w przyszłości. Jeżeli jednak w przypadku niniejszym od niéj odstępuję, pochodzi to ztąd, że przypadek ten nabył już pewnego rozgłosu dzięki drukowanéj i rozesłanéj z pewną ostentacyją rozprawie kolegi, który uznał za stósowne wystąpić w obronie swego orzeczenia, na które Wydział lekarski nie mógł się zgodzić [1]). Nie wchodzę w pobudki, które szan. autora skłoniły do takiego wystąpienia przeciw Wydziałowi lek., któremu zarzuca, że orzeczenie jego polega na przypuszczeniach „dowolnych“ i że twierdzenia nie są poparte „dowodami naukowemi“; ponieważ jednak Wydział lekarski, którego nikt o stronniczość nie śmie posądzić, w dyskusyję pozasądową wdawać się nie może, obowiązkiem staje się referenta, do którego zresztą szan. autor kilkakrotnie w swéj rozprawie się zwraca, podjąć rzuconą sobie rękawicę, a podejmuję ją têm ochoczéj, o ile w obec uczuć poważania i życzliwości, jakie zawsze żywiłem dla przeciwnika obecnego, i których liczne złożyłem dowody, i mnie podejrzenie o stronniczość czepić się nawet nie może. W przekonaniu zaś, że poważne rozprawianie się z kolegą poważnym nierównie więcéj przyczynić się może do wyświecenia sprawy zawiłéj, aniżeli drażliwości i podejrzywania, które czasem o miedzę graniczą z obelgami, i że sprostowanie błędnych zapatrywań naukowych może nawet mieć pewną korzyść dla czytelników, którzy jako nieściśle fachowi nie muszą znać dokładnie szczegółowych kwestyj sądowolekarskich,— nie pójdę w ślady za szan. autorem, lecz bronić będę zdania swego, które Wydział jednozgodnie uznał za swoje, przedmiotowo, opierając się ściśle na aktach sądowych. Jak zawsze, tak i tym razem, akta urzędowe były jedyną i wyłączną podstawą orzeczenia Wydziałowego; postępując bowiem inaczéj Wydział mógłby właśnie ściągnąć na siebie słuszny zarzut, że się powodował „przypuszczeniami dowolnemi“. Tych aktów trzymać się téż będę têm skrupulatniéj, o ile szan. autor musiał ich nie mieć pod ręką w czasie pisania swéj rozprawy, skoro, prawdopodobnie pamięci swéj zbyt ufając, w wielu miejscach znacznie od nich odstępuje i rzecz w odmiennêm przedstawia świetle.

Po tych uwagach przechodzę do zestawienia historyi przypadku:

D. 17 lipca 1885 r. c. k. Sąd krajowy we Lwowie przesłał Wydziałowi lek. naszemu akta z następującą odezwą.

„Roberta M., żona komisarza policyi, matka jednego dziecka, zmarła nagle dnia 11 maja rb. około godziny 11éj przed południem. Osoby w dniu tym w otoczeniu jéj będące, a to: pasierbica Zofija 15 lat i Józefa 13 lat licząca, tudzież sługa Teresa, podały w śledztwie, że śp. Roberta M. jeszcze rano w dniu śmierci była zdrową i wesołą, zajmowała się zwykłemi sprawami domowemi, zrobiła kawę, którą rozdała rodzinie i sama około godziny 8méj kawę wypiła. Następnie przy robocie kazała pasierbicom przygotować się na południe do kościoła i układała plany wycieczki na lato. Około godziny 10éj przed południem nagle zasłabła, pobladła i siedziała w krześle z przechyloną w tył głową; wkrótce jednak po nacieraniu octem przyszła do siebie i mówiła: „nie wiem, co mi się stało, tak mi się niedobrze zrobiło i serce mi bije.“ Wziąwszy jednak podaną jednę kroplę laurową na cukrze zupełnie przyszła do siebie. W tym czasie miała dzieciom opowiadać, że będąc jeszcze panną (w czerwcu roku 1882 wyszła za mąż) razu pewnego podobnie omdlała i na ziemię upadła. Sługa Teresa słuchana na tę okoliczność podała, że w owym dniu wprawdzie nie słyszała tego opowiadania, że jednak 14 dni przed śmiercią śp. M. to samo jéj opowiadała.—Około godziny pół do jedynastéj wstała śp. M. z krzesła, aby dać słudze pieniędzy na zakupno do miasta i chwiejącym krokiem poszła ku szafie, otworzyła drzwi i wyjęła pugilaresik, który jéj z rąk wypadł i schylając się po niego krzyknęła nagle rozpaczliwym głosem a... i przysiadła na podłodze. W omdleniu przeniesiona na łóżko i nacierana octem cokolwiek przyszła do siebie, trwało to jednak tylko krótką chwilę, albowiem zaraz potem zaczęła się rzucać na łóżku, prężyła nogi i ręce. Domownicy nacierali ją octem, a jedna z osób przybyłych na pomoc przyniosła dwie flaszeczki i kazała jednym płynem nacierać skronie, a drugi podawać do wąchania. Sługa Teresa przyznała, że wykonując to zlecenie „dla lepszego skutku wlała może ze 3 łyżeczki płynu bezbarwnego do ust choréj, który chora połknęła a po połknięciu z ust pianę toczyła.“—Do przytomności jednak chora nie wróciła i może w pół godziny w takich boleściach umarła [1]). Dr. Bertleff, który przybył o godzinie pół do dwunastéj, tak opisuje stan śp. M.: „leżała na pół rozebrana na łóżku, twarz jéj była blada a wyraz spokojny, nogi i ręce były wyciągnięte, całe ciało zaś było chłodne ale nie sztywne, puls już nie bił ani téż serce, próbowałem sztucznego wdychania, ale i to bez skutku i przy téj sposobności zauważałem, że zęby były zaciśnięte. Gdy mi opowiedziano przebieg slabości i nadmieniono, że częściéj na serce cierpiała, zauważyłem za prawdopodobny paraliż serca.“ — Lekarz miejski Dr. Małaczyński, który przybył o godzinie pierwszéj po południu, podał, iż zastał śp. M. już martwą, otwarte i zasiniałe usta odbijały bardzo od bladości reszty ciała, nogi były wyprężone, ramiona i ręce skrzywione, ciało było jeszcze letnie. Matka zmarłéj p. Fryderyka P., która nie była obecną w czasie śmierci córki, przesłuchana podała: że przed laty 18tu mąż jéj a ojciec Roberty zmarł na puchlinę torebki sercowéj i ona sama od lat dawnych cierpi na serce, przypuszcza zatêm, że i córka śp. Roberta M. uległa téj słabości i nawet skarżyła się nieraz na ból serca i zaparcie oddechu.—Osobliwie gdy dłuższy czas klęczała, czuła się słabą, co nieraz w kościele można było zauważać. Przed 3 laty omdlała przy robocie ręcznéj bez żadnéj przyczyny, ciało jéj całkiem oziębło, stało się sztywnêm i sinêm, tak jakby umarła, dopiero po półgodzinnêm nacieraniu wodą kolońską przyszła do przytomności. Wnosząc z opisania domowników przebieg ostatniéj słabości musiał być téj saméj natury i sądzi matka, że brak szybkiéj a stósownéj pomocy spowodował śmierć. Pani Fryderyka P. podała także, iż co do cier-

[1]) Zagadkowa śmierć śp. R. M. Otrucie czy śmierć naturalna? (Odpowiedź na orzeczenie pp. Chemików prof. Dr. Radziszewskiego i Dra Schramma, jakotéż na orzeczenie Wydziału lek. U. J.) Napisał Dr. Longin Feigel, profesor med. sądowéj Uniw. lwowskiego itd., Lwów 1885, str. 31.

[1]) Prof. F. w broszurze swéj natomiast pisze: „sługa zaś próbowała wlać jéj do ust krople adonisowe; lecz śp. M. nie mogła je połknąć,—tylko charczała, a z ust toczyła się piana i w téj chwili żyć przestała, posiniawszy ogromnie“ Każdy przyzna, że Wydział powinien polegać na urzędowéj odezwie Sądu krajowego we Lwowie, różniącéj się w téj mierze znacznie od opowiadania szan. autora; a mimo to na podstawie tego błędnego przedstawienia rzeczy autor w końcu broszury dowodzi, że nikt nie wlewał choréj płynu, a tylko „na jednę minutę przed śmiercią możebnie(!) dała jéj służąca“—

pień swéj córki radziła się przed kilku laty lekarzy Dra Opolskiego i Dra Bertleffa. Dr. Opolski przesłuchany podał, że od 12 lat udzielał porady lekarskiéj w domu p. P. że ona sama była zawsze mocno anemiczną i córki także cierpiały, chociaż nie w tym stopniu, na niedokrewność, ale ani u niéj ani u córek nie spostrzegł organicznéj wady sercowéj. O wypadku omdlenia niebezpiecznego, któremu uledz miała śp. Roberta przed 3ma laty, nic Dr. Opolski od p. P. nie słyszał, i w takim wypadku nie był wzywanym. Dr. Bertleff zaś słuchany podał, że w domu p. P. nie był ordynującym lekarzem, że jednak przed kilku laty p. P. starała się dla swoich córek o datek z łaski, wtedy napisał dla śp. Roberty świadectwo lekarskie, którém stwierdził, że była niedokrewną i że miała wadę serca, gdyż rzeczywiście w skutek anemii funkcyje serca były upośledzone“.

„Taki jest w krótkości wynik badań ważniejszych świadków, zaś wynik badań na zwłokach tak przez chemików jakoteż przez lekarzy przeprowadzonych wykazują załączone protokóły, które obejmują także zdania znawców sądowych co do przyczyny śmierci ś. p. Roberty między sobą niezgodne, a jeżeli przyjmiemy orzeczenie lekarzy sądowych jako w tym względzie kompetentniejsze, to i w takim razie zdanie to orzeczeniem chemików okazuje się zachwianem i dla tego najkompetentniejsze zdanie świetnego Wydziału lekarskiego dla stanowczego stwierdzenia przedmiotowéj istoty czynu w wypadku niniejszym jest wielce pożądaném.“

Z załączonych aktów sądowych zaś wynika co następuje:

D. 13 maja p. Dr. Małaczyński odbył sekcyję policyjną, a protokół jego brzmi dosłownie:

Oględziny zewnętrzne: Wzrostu słusznego, odżywienie mierne, powierzchnia skóry wiotka biała. Głowa długim blond włosem pokryta. Twarz okrągła, oczy duże cokolwiek zapadnięte, źrenice rozszerzone, tęczówka ciemno zabarwiona, zęby przednie zdrowe, szczęki ściśnięte. Szyja długa, klatka piersiowa płaska, sutki wiotkie, obwisłe. Brzuch cokolwiek wzdęty, zielony. Odnogi górne i dolne są w stawach sztywne, zresztą nie przedstawiają nic niezwykłego, są tylko gdzieniegdzie fioletowemi plamami pokryte. Grzbiet i cała tylna część ciemno-fioletowemi plamami pokryte. Oznak uszkodzenia ani też stawianego oporu nie ma żadnych.

Oględziny wewnętrzne: 1) Wewnętrzna powierzchnia skóry głowy żółtawo zabarwiona, czaszka gruba, jednak w trzech miejscach prawie przeźroczysta. Błona mózgowa twarda do czaszki cokolwiek przyrośnięta, inne błony mózgowe wolne. Istota korowa i istota rdzenna mózgu normalne; na przekroju tychże drobniutkie kropki krwi występują. Komórki mózgowe normalne zawierały cokolwiek czystéj surowicy; w zatokach błon twardych ciekła czerwono zabarwiona krew. 2) Płuco lewe przyrośnięte, prawe zupełnie wolne, na przekroju prawego płuca wydobywa się surowica pienista, dolna część zaś jest więcéj obrzękła i przekrwiona. Lewe płuco całe obrzękłe, mocno przekrwione, na przekroju wydobywa się również przy wycisku surowica pienista, cokolwiek różowo zabarwiona. 3) Worek sercowy normalny, w tymże mała ilość surowicy, serce wielkości normalnéj. Komórki serca wiotkie, lewa próżna, prawa zawierała cokolwiek ciemnéj ciekłéj krwi. Wszystkie zastawki w sercu prawidłowe [1]). 4) Wątroba powiększona cokolwiek przekrwiona, miąższ jéj kruchy, w pęcherzu żółciowym w małéj ilości zielono zabarwiony płyn. 5) Śledziona zwiększona i mocno przekrwiona, miąższ jéj kruchy. 6) Język białym śluzem pokryty; połyk również takim śluzem obłożony, jednak wynaczynionek krwi nie było. 7). Żołądek po podwiązaniu z obydwu stron wyjęto. Żołądek sam mały, zawierał kilka łyżek płynu brudnego bladawo zabarwionego zmięszanego ze śluzem żołądkowym, niedającego żadnego odoru [1]). Błona śluzowa w żołądku w górnéj swéj części jakoteż w środku jest przekrwioną [2]) i widać mnóstwo drobnych podługowatych wynaczynionek.

[1]) Tętnice w ogólności a wieńcowe w szczególności nie były badane.

Na tém przerwano dalszą obdukcyję z powodu, że wszystkie organa opisane były w normalnym stanie, obrzęk zaś płuca lewego trzeba uważać jako spowodowany agonią, a wynaczynionki w żołądku i przekrwienie błony śluzowéj powstało prawdopodobnie z ostrego otrucia [3]), przeto dalsze dochodzenie odstępuje się c. k. Sądowi [4]).

Dnia następnego (14 maja) z polecenia Sądu prof. Feigel i Dr. Gostyński odbyli sekcyję sądową, a protokół ich opiewa dosłownie:

A. Zewnętrznie na całym tułowiu z przodu odpowiednio brzuchowi sino zielone zabarwienie powłok skórnych, pomiędzy udami na wewnętrznéj stronie plamy czerwone pośmiertne, tożsamo na plecach, krzyżach, i na górnych częściach ramion; źrenice obie miernie rozszerzone, spojówki nie nastrzykane, usta otwarte, błona śluzowa obu warg blada, nieco przyschnięta, zresztą zewnętrznie żadnych śladów uszkodzeń.

B. Wewnętrznie: 1). Skóra na wewnętrznéj powierzchni na czaszce żółtawo różowawa bez podbiegnięć krwi, surowiczo nieco obrzękła. Kości czaszki zwykłéj grubości, miejscami przeświecające, opona twarda i miękka prawidłowéj budowy i grubości, żylnie miernie nastrzykana. Mózg błyszczący, na przekroju z dość licznemi punktami krwi, surowiczo miernie obrzękły, zatoki otwarte. 2) Język wyjęty z jamy ustnéj przedstawia w połowie swojéj dwa smugowate otarcia przybłonka, czarno brunatne, zaschnięte, dług. do 3cm., szer. do $1/2$ cm., nacięcia w tych miejscach nie wykazują żadnych podbiegnięć krwi. Błona śluzowa u podstawy języka, krtani i połyku różowawa bez podbiegnięć krwi 3) Płuca oba wyjęte i przecięte wykazują na świeżych przecięciach miąższ prawidłowy i zalewający się obfitą drobnopienistą różową cieczą. 4) Worek sercowy i serce przecięte prawidłowo, blado brunatne, mięśnie kruchawe [5]), a zastawki prawidłowe [6]). 5) Wątroba wielkości i budowy prawidłowéj, a miąższ brunatno wiśniowy, kruchy, z większych żył krew ciemna wypływa. 6) Śledziona dość duża brudno wiśniowa, na powierzchni, przekroju rozłażąca się, ciemno wiśniowa i wyraźne kępki jaśniejsze, żółtawe wykazująca. 7) Nerki soczyste, blado brunatne, na przekroju miąższ prawidłowéj

[1]) Słowa te w broszurze prof. F. są wypuszczone, a nie są one bez znaczenia.

[2]) W broszurze prof. F. powiedziano „mocno“ przekrwione.

[3]) W broszurze prof. F. powiedziano „a zmiany w żołądku pochodzić mogą tylko z otrucia“.

[4]) W broszurze prof. F. znajduje się tu dodatek: „Przytém wyrazili pp. obducenci przekonanie, iż najprawdopodobniéj zachodzi otrucie sinkiem potasu.“ Tego całego ustępu niema atoli w aktach.

[5]) Wyrazy te opuszczone są w broszurze prof. F., a jednak są one ważne.

[6]) I tym razem tętnice, a w szczególności wieńcowe nie były badane.

budowy wiśniowo brunatny. 8) Macica wielkości prawidłowéj. 9) Żołądek wyjęty poprzednio. 10) Kiszki w górnych częściach s i n a w o c z e r w o n e, w dolnéj części b l a d o ż ó ł t e. Błona śluzowa kiszki cienkiéj górnéj części ż y w o z a c z e r w i e n i o n a, rozpulchniona, treść złożona z miazgi brunatno czerwonawéj. W dolnych częściach błona śluzowa brudno żółtawa, treść kałowa płynna[1]). 11) Pęcherz moczowy próżny blady. 12) Następnie zachowano w jednym słoju górne części k i s z e k c i e ń k i c h w r a z z t r e ś c i ą, i oznaczono słój Nrem 2, w innym słoju zaś zachowano k a w a ł e k m ó z g u, p ł u c a, s e r c a, w ą t r o b y, ś l e d z i o n y, n e r k i i kilka ł y ż e k k r w i i o z n a c z o n o s ł ó j Nrem 3.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Oceny i sprawozdania.

Prof. S e n a t o r: **O leczeniu duru brzusznego.**

W ostatnich latach podniesiono wątpliwości, czy metoda leczenia duru brzusznego zimną wodą zasługuje na to szerokie rozpowszechnienie, którém się cieszy i pierwszeństwo przed leczeniem innemi środkami przeciwgorączkowemi i czy w ogóle leczenie przeciwgorączkowe w durze jest koniecznèm. Pytanie to rozstrzygnąć możebném jest li tylko na podstawie dokładnéj statystyki, która dotychczas uczy nas, że śmiertelność ostatnich lat dwudziestu pod wpływem stosowania metody hydroterapeutycznéj bardzo znacznie się zmniejszyła. Nie uwzględniono atoli tego, że w tym samym czasie, tj. w ciągu ostatnich 20—23 lat, rozpowszechniło się użycie ciepłomierza, umożebniającego szybsze rozpoznanie, a tém samém leczenie, że w tym samym czasie stosunki zdrowotne szpitali znacznie się poprawiły, że wreszcie w leczeniu zastosowano dyjetę wzmacniającą, podniecającą, strzegąc się wszelkiego osłabiania chorego. Byłyto ważne czynniki, które śmiertelność zmniejszyły i z tego już względu nie może być statystyka ostatnich lat dwudziestu porównywaną ze statystyką lat poprzednich. Dodać wypada, że i *genius epidemicus* odgrywa ważną rolę. Porównanie może być robioném li tylko wśród równych warunków, w jednéj i téj saméj epidemii, a nawet nie podobna porównywać ludzi różnych warstw i różnego wieku — liczby wreszcie porównywane muszą być znaczniejsze, żeby błędy, w statystycznych wykazach uniknąć się niedające, ile możności zmniejszyć. Dotychczas mamy jedno sprawozdanie statystyczne warunkom tym odpowiadające, jestto sprawozdanie Gläsera w Hamburgu z lat 1874—1877. Na jednym z dwóch oddziałów wewnętrznych szpitala w Hamburgu leczono metodą Branda 868 chorych, na drugim 937 innemi środkami przeciwgorączkowemi. Śmiertelność w obu oddziałach była 7,2%. Jedno to sprawozdanie atoli rozstrzygającém być nie może, dla tego zestawia S. materyjał 8 większych szpitali berlińskich z przeciągu lat 10 od 1875—1884, z szczególném uwzględnieniem szpitala, którym kieruje. Materyjał tych szpitali jednakże nie jest jednostajny. Trzy szpitale Charité, szpital miejski w Friedrichshain, miejski barakowy w Moabit mają najbiedniejszą i najnędzniejszą ludność Berlina, reszta szpitali jak Jadwigi, Bethanien, Elżbiety, Łazarza i Augusty ludność ubogą, nie tak jednak podupadłą jak trzech poprzednich szpitali. Tablica podana wskazuje odsetki śmiertelności w tychże.

	Smiertelność średnia %	Minimum w r.	Minimum %	Maximum w r.	Maximum %	Min: Max = 100:	Uwagi
Charité	16·4	1877	11·5	1880	21·3	185	W szpitalu Łazarza Max: Min=100:192 jeżeli liczb z r. 1880 i 1884 nie uwzględnimy z powodu znacznego niestosunku do liczb normalnych.
Friedrichshain .	19·6	1883/4	10·4	1874/5	28·3	272	
Moabit	15·2	1878	9·5	1882/3	23·1	243	
Jadwigi szpit .	14·7	1883	7·7	1880	21·3	277	
Bethanien . . .	13·5	1883	7·9	1875	16·8	213	
Elżbiety . . .	12·8	1881	7·3	1876	22·5	308	
Łazarza . . .	14·1	1880	3·6	1884	32 4	(900)102	
Augusty . . .	12·3	1879	7·1	1880	19·2	270	

Smiertelność szpitali berlińskich jest zatém, jak już pierwszy rzut oka wskazuje, większą niż często podawana w innych statystykach. Czy to odnieść należy do złośliwego charakteru epidemij panujących, czy do mniejszéj oporności ludności berlińskiéj, czy wreszcie do oględności w rozpoznawaniu duru brzusznego i ściślejszéj statystyki (w szpitalu Senatora usunięto li tylko 2—3 chorych ze statystycznego wykazu, w pierwszych 12 godzinach zmarłych), tego nie jest S. w stanie dokładnie stwierdzić. Najkorzystniéj jest porównać materyjał szpitala „Bethanien“ z szpitalem „Augusty“, ze względu na podobny materyjał, na tenże sam sposób prowadzenia statystyki a wreszcie systematycznéj metody hydroterapeutycznéj, czego w szpitalu Augusty nie stosowano, a wyjątkowo używano środków przeciwgorączkowych, jak antypyryny i chininu.

Porównywając materyjał szpitalny pod względem płci znajdujemy następujący stosunek. W szpitalu Augusty m. 324, um. 43, tj. 13·3%; k. 188, um. 20, tj. 10·6%.—W szpitalu Bethanien: m. 956, um. 158, tj. 16·5%; k. 881, um. 119, tj. 13·5%. Tenże sam stosunek zachodzi i w innych szpitalach berlińskich tak, że stanowczo na podstawie tych liczb twierdzić można, że śmiertelność u kobiet jest mniejszą niż u mężczyzn. Stosunku tego stałego w innych szpitalach niemieckich i londyńskich nie ma.

Co do wieku to stosunek również w szpitalu Bethanien był korzystniejszym niż w szpitalu Augusty. Leczonych bowiem do lat 15tu było w Bethanien 9·2% w szpitalu Augusty 8%, starszych nad lat 40 w pierwszym było 3·7%, w drugim 5·5%, wiadomo zaś, że dzieci, z wyjątkiem osesków, o wiele łatwiéj dur korzystnie przebywają, niż osoby dorosłe. Wreszcie szpital „Augusty“ przyjmował o wiele więcéj chorych, t. zw. prywatnych, u których procent śmiertelności bywa znacznie większy niż u innych, prawdopodobnie z tego powodu, że sąto zwykle podróżni wysileni podróżą i w stanie opłakanym przenoszeni z hotelów.

Jak więc widzimy wiele jest czynników, które powinny wpłynąć korzystnie na śmiertelność w „Bethanien“ a mimo to śmiertelność w szpitalu „Augusty“ jest mniejszą. Z tego jednakże nie chce S. żadnych korzystnych wniosków wysnuwać dla leczenia innemi środkami a nie zimną wodą, w obec nieznacznéj różnicy i w obec tego, że stosunki higijeniczne bezwzględnie nie dają się ze sobą porównywać, chodzi mu li tylko o stwierdzenie faktu, że śmiertelność nie jest większą a tém samém, że leczenie zimną wodą nie wpływa korzystniéj na statystykę śmiertelności. Zaznaczyć jednakże wypada zapatrywanie S. co do leczenia duru brzusznego zimną wodą. Sądzi on, że kąpiel zimna wpływa podniecająco na ustrój nerwowy bezpośrednio a nie pośrednio obniżając gorączkę, jak uwydatnia to natychmiastowe przyjście do przytomności chorego w śpiączce, przy oblaniu go zimną

---

[1]) W broszurze prof. F., inny podaje opis: „Kiszki cienkie w górnéj części (tj. od żołądka w długości 1·5—2 metrów) j e d n o s t a j n i e m o c n o z a c z e r w i e n i o n e, a treść złożona z miazgi brudno-czerwonawéj, gęstéj; p o n i ż é j z a ś w s z y s t k i e k i s z k i z u p e ł n i e b l a d e, n a w e t n i e d o k r e w n e, a treść w nich zwykła, kałowa, żółta.“ Widoczna, że prof. F. pisał z pamięci a nie miał aktów przed sobą.

wodą, gdzie mowy jeszcze być nie może o obniżeniu gorączki. W dalszym rzędzie wpływa korzystnie na oddechanie i krążenie a wreszcie daje sposobność utrzymania czystości przy chorym, a tém samém uniknięcia odleżyn. Nie ciepłomierz powinien być wskazówką użycia zimnych kąpieli, lecz stan ogólny i to używać tychże należy w formie duru, którą dawni lekarze nazywali *febris nervosa stupida*. Zestawienie to uczy nas wreszcie, że mylném jest zapatrywanie, jakoby pod wpływem leczenia zimną wodą były krwotoki i recydywy częstszemi. W szpitalu Augusty krwotoki wystąpiły w 6·8% przypadkach, w Bethanien w 7%—8%, nawroty duru w pierwszym w 7·8% przypadków, w drugim 4—5%. Dalsze licznicjsze zestawienia statystyczne będą dopiero stanowczo mogły stwierdzić prawdziwość tych rozumowań. (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1885, Nr. 45, 46). *Dr. H. Halski.*

Rosenberg: **O leczeniu nerwic odruchowych z błony śluzowéj nosa pochodzących za pomocą mentolu.**

Jak wiadomo, istnieje liczny zastęp nerwic odruchowych mających swą przyczynę w zadrażnieniu blony śluzowéj nosa. We wszystkich tych przypadkach znieczulenie blony śluzowéj nosa usuwa natychmiast dotyczącą nerwicę, a skuteczność tego zabiegu jest tak niewątpliwie udowodnioną, iż z braku wspomnianego skutku wolno na pewne wysnuć wniosek: że nerwica w tym razie nie polega na jakiémkolwiekbądź zadrażnieniu błony śluzowéj nosa, lecz że przyczyny nerwicy należy gdzieindziéj śledzić. Działanie znieczulające posiada oprócz powszechnie już znanego kokainu także mentol, a mianowicie najlepiéj w 20% roztworze olejnym. Najpóźniéj w minutę po zapędzelkowaniu błony śluzowéj nosa ustępują przypady nerwicy. Aby jednak chorzy mogli sami sobie znieczulić błonę śluzową nosa w chwili napadu nerwicy, polecił autor zastósowanie mentolu w postaci pręcików żelatynowych ze względu, że pędzelkowania nie są chorzy w stanie sami na sobie dokonać. Przez dodanie żelatyny do mentolu rozpuszczonego w glicerynie można łatwo otrzymać masę, z któréj snadnie wyrobić można pręciki miękkie, mające 2½ mm. średnicy, a 3 cm. długości i zawierające po 0,01 gr. mentolu.

W chwili pojawienia się nerwicy wprowadzają sobie chorzy do każdéj dziurki nosowéj jak najgłębiéj po jednym pręciku ręką prawą, podczas gdy lewą ręką podnoszą koniec nosa, trzymając równocześnie głowę nieco w tył przechyloną. Najodpowiedniejszą jest rzeczą wprowadzić pręcik metalowy nieco powyżéj dolnéj muszli nosowéj a więc mniéj więcéj do środkowego przewodu nosowego. Po 3—5 lub 8 minutach rozpływa się pręcik zupełnie, a mentol znajdujący się w rozpuszczeniu i spływający po dolnéj muszli znieczula nader szybko błonę śluzową muszli dolnéj, która, jak wiadomo, daje najczęściéj powód do nerwicy odruchowéj.

W ten sposób jest chory w stanie przerwać napad nerwicy, np. dusznicy, migreny itp., już w samym początku. Jedyną tylko niedogodnością przy wprowadzaniu pręcików do nosa jest okoliczność, że pręcik ujęty w palce dość szybko zaczyna się od ciepła ręki rozpuszczać, ujęty zaś w szypczyki zwykle łatwo się odłamuje. Aby téj niedogodności zaradzić, skonstruował autor przyrządzik, za pomocą którego w prosty nadzwyczaj sposób wprowadzić można pręcik mentolowy do nosa. Przyrząd składa się z rurki zagiętéj pod kątem rozwartym, opatrzonéj z boku dwoma pierścieniami, za pomocą których cały przyrządzik trzymać można wygodnie. We wnętrzu rurki znajduje się drucik łatwo przesuwać się dający, za naciskiem którego wypchniętym zostaje pręcik mentolowy, osadzony w górnym otworze rurki. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885, Nr. 48). *Dr. Prus.*

Prof. Dr. E. v. Hofmann: **Przyczynek do kazuistyki obrażeń śródmacicznych płodu i zmian do nich podobnych.**

W ślad za ogłoszonym przez Gorhana przypadkiem śródmacicznego obrażenia czaszki płodu (patrz ref. Przegl. Lek. 1885, Nr. 22) podaje prof. Hofmann trzy własne przypadki, z których ostatni nieodnoszący się do obrażenia śródmacicznego ale mogący być z niém pomięszany, dał pochop autorowi do przedsięwzięcia doświadczeń nad warunkami powstawania pęknięć i t. z. „łyżkowatych" wgłębień czaszki płodu.

Przypadek pierwszy odnosił się do 5-miesięcznego płodu 24-letniéj służącéj, która zabiła się, skoczywszy z okna 4go piętra. Sekcyja matki nie wykazała zewnętrznie żadnego śladu obrażenia, natomiast okazało się przy badaniu wewnętrznych narządów pęknięcie obu płuc, prawéj nerki i sieci z krwotokami do odpowiednich jam ciała, tudzież liczne złamania kości miednicowych. Macica wcale nieuszkodzona; przez blony płodowe przedarte wysterczały do jamy macicy odnogi dolne płodu, który również zewnętrznie śladów obrażenia nie okazywał. Przy oględzinach jednak wewnętrznych stwierdzono obok nieznacznych wybroczyn na osierdziu zupełne zmiażdżenie prawego płatu wątroby z następowym krwotokiem do jamy brzusznéj. Rzadki ten w swoim rodzaju przypadek nabiera tém większego znaczenia sądowolekarskiego, o ile dowodzi 1) że silne wstrząśnienie okolicy brzucha brzemiennéj może wywołać obrażenie płodu, 2) że obrażenie to może dotykać wielu wewnętrznych narządów zarówno matki jak płodu bez naruszenia powłok zewnętrznych.

Przypadek drugi dotyczył płodu z ubytkiem skóry głowy, który wzbudził podejrzenie o rozmyślne uszkodzenie w celu wywołania poronienia. 24 letnia służąca, stanu wolnego, pierwiastka, nieukrywająca bynajmniéj swéj ciąży poronila, rzekomo z powodu skoczenia z kuchni, płód 4—4½ miesięczny. Przy oględzinach sądowolekarskich okazał się płód świeżo zachowany z czaszką bocznie spłaszczoną z ubytkiem skóry głowy po stronie prawéj w środku między tylnym a prawym kątem ciemiączka wielkiego. Ubytek ten przedstawia się w formie dokładnego koła, o średnicy 1cm, z brzegami nieco podminowanemi, barwy blado różowéj. Dno wrzodu brudno żółtawe, okazuje jedynie przy użyciu lupy, drobnoziarnistą powierzchnię, przesuwać się nie daje z powodu zrostów z okostną i ciemiączkiem za pomocą tkanki łącznéj „podobnéj do blizny". Ciemiączko samo ani kość ciemieniowa ubytku nie okazują. Podobne 2 przypadki obserwował H. już dawniéj. Uważa on je za wadę utworową, odnosząc ich powstanie do wczesnego okresu rozwoju płodu, w którym przyszło do zrostów skóry głowy z powięziami Simonarta owodni, które następnie oderwawszy się pociągnęły za sobą ubytek. Autor zwraca uwagę na możliwość pomięszania tych utworowych ubytków z uszkodzeniami rozmyślnie zadanemi w celu spędzenia płodu.

Największą uwagę poświęca H. trzeciemu przypadkowi, w którym rozchodziło się o wytłumaczenie łyżkowatego zagłębienia lewéj kości potylicznéj noworodka znalezionego w wychodku. R. M., służąca, 28-letnia wrzekomo pierwiastka wzbudziła podejrzenie swéj pani, że jest brzemienną. W ostatnim dniu przed porodem wychodziła często do wychodka, co chlebodawczynię utwierdziło jeszcze bardziéj w jéj podejrzeniu. Jakoż rzeczywiście po wyjściu R. M. znalazła wychodek cały krwią zalany. R. M. jednak wszystkiemu prze

czyła, dopóki przywołana akuszerka nie stwierdziła łożyska w pochwie jeszcze tkwiącego i przedarcia międzykrocza. Wtedy dopiero przyznała się, że została zaskoczoną porodem przy oddawaniu stolca, przyczém dziecko wypadło do lejka kloaki. Noworodek został wyjęty z kloaki, drugiego dnia jednak skończył życie.

Przy oględzinach 2·600gr. ważącego dziecka znaleziono w przedniéj wewnętrznéj części lewéj kości ciemieniowéj łódkowate wgniecenie wielkości dłoni dziecięcéj, szczytem zwrócone ku guzowi kości ciemieniowéj. Odpowiednio do tego miejsca pergaminowe otarcie skóry. Na kości ciemieniowéj prawéj pęknięcie szczelinowate idące od guza ku $^1/_3$ przedniéj części szwu strzałkowego. Mózg odpowiednio do łyżkowatego wgniecenia lewéj kości ciemieniowéj również ugnieciony. Po nad nim między oponami znaczny skrzep krwi. W innych narządach zmian nie znaleziono. W orzeczeniu jako bezpośrednią przyczynę śmierci podał H. krwotok do jamy czaszki, który był następstwem obrażeń czaszki. Z tych jedno, a mianowicie wgniecenie kości ciemieniowéj lewéj, uważał za następstwo dłużéj działającego ucisku za pomocą tępego ciała a więc albo za następstwo gniecenia kolanem lub ucisku klapy w rurze kloacznéj, ponieważ prawidłowy stosunek wymiarów miednicy do główki dziecka pozwalał wykluczyć ucisk od promontorium, które przy niestosunku tych części również podobne zagłębienia wywołać może. Na podstawie zaś teoretycznéj wykluczył również działanie urazu działającego doraźnie. Pęknięcie zaś kości ciemieniowéj prawéj miało powstać odrębnie, prawdopodobnie skutkiem uderzenia główki o pomienioną klapę.

Niedowierzając jednak wynikom rozumowania, choćby najściślejszego, ale nieopartego na podstawie doświadczalnéj, przedsięwziął szereg umyślnych doświadczeń, których zadaniem było stwierdzić: 1) czy i przy jak wielkiéj sile powolnie działającéj występują podobne łyżkowate zagłębienia, jakie czasami bywają następstwem ucisku od promontorium, 2) czy nie mogą one powstawać przy gwałtownem uderzeniu tępym przedmiotem, 3) czy wreszcie nie wywołuje tych wgnieceń upadek dziecka z pewnéj wysokości na jakieś wystające tępe ciało. Okazało się, że wszystkie trzy seryje doświadczeń dawały wynik dodatni i tak co do 1) już średni ucisk dużego palca na kość ciemieniową pomiędzy guzem a szwem strzałkowym wywołuje takie same zagłębienia w tym samym kierunku co w opisanym przypadku, dwa ostatnie szeregi doświadczeń pouczyły nadto autora, że jedna i ta sama siła gwałtownie działająca wywołuje nietylko charakterystyczne łyżkowate zagłębienia, ale równocześnie pęknięcia bądź po téj saméj, bądź po stronie przeciwnéj, ale zawsze w kierunku promieni osyfikacyjnych, idących od guza ku kości skroniowéj. Nigdy zaś nie następowało pęknięcie podstawy czaszki, zawsze prawie napotykane u dorosłych, co H. tłumaczy obfitością tkanki chrzęstnéj, nadającéj w tém miejscu czaszkom noworodków większą elastyczność.

Na podstawie tych doświadczeń zmienił H. swe orzeczenie o tyle, że wymienione łyżkowate zagłębienie i pęknięcie po stronie przeciwnéj mogły być następstwem tego samego urazu, a nie dwóch sił odrębnie działających, dodając tę słuszną uwagę, że rozumowania czysto teoretyczne, choćby na pozór najściślejsze, nie zastąpią nigdy dowodowéj siły eksperymentu. (*Wien. med. Presse,* 1885, Nr. 18, 20, 21, 24, 26). *Sroczyński.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Cheadle: **Leczenie pląsawicy.** Autor leczył w ciągu ostatnich 8miu lat 160 przypadków téj choroby i wskazuje na wielkie braki w odpowiedniém jéj leczeniu. Autor jest zwolennikiem leczenia wewnętrznego. Przy leczeniu choroba zwykle trwała średnio pięć tygodni, podczas gdy w przypadkach, w których stosowano leczenie wyczekujące, choroba przeciągała się od 11—52 tygodni, zanim sama przez się ustała. W kilku przypadkach nawet nie było można doczekać się samoistnego jéj końca i musiano przedsięwziąść czynne leczenie. Z licznych środków przez siebie używanych pierwszeństwo oddaje autor arsenowi, polecanemu jeszcze przed 40 laty przez Tooda. Przy użyciu arsenu choroba ustępowała zwykle w ciągu 30 dni, podczas gdy inne metody wymagały średnio 60 dni. W ostatnich czasach używał autor tynktury Fowlera z dodatkiem sześciochlorku żelaza. Leczenie to osiągało skutek średnio w ciągu 24 dni. Chorzy znosili dobrze arsen. W kilku tylko przypadkach zauważył autor rodzaj zabarwienia skóry bronzowego, szczególniéj w przegubach stawowych. Zabarwienie to jednak zawsze znikało skoro przestano daléj podawać arsen. (*La semaine médicale* 1885, Nr. 42).

(H. O.) Kokain znajduje w chorobie morskiéj coraz szersze zastosowanie. Dr. Otto lekarz okrętowy północno niemieckiego parowca „Ems“ donosi o swych próbach na 200 chorych, którym zadawał ten środek w wodnym roztworze, według przepisu Mercka (1:9), w dawce 0·015—0·02, z kawałeczkiem lodu. W pierwszych dniach chorzy zwykle leżeli poziomo, nudności i wymioty ustawały prawie stale, choć obserwował także przypadki, w których kokain okazał się bezskutecznym. Często bardzo następował po zażyciu pokrzepiający sen, tak, że niektórzy chorzy uważali lek ten za morfin. Najlepiéj działał on u kobiet ciężarnych, które są bardzo skłonne do choroby morskiéj. Dr. Gärtner twierdzi, że dawkę 0·1 dorośli bardzo dobrze znoszą. W końcu nadmienić należy, że częste w chorobie morskiéj obstypacyje należy w odpowiedni sposób usuwać.

(H. O.) Dr. Kaszimura w Japonii używa w cholerze okładów lodowych na brzuch, aby z jednéj strony przeszkodzić zbytecznemu nagromadzeniu się cieczy w jelitach, z drugiéj strony wstrzymywać przez niską ciepłotę rozwój prątków przecinkowych i wzmożony ruch robaczkowy jelit. Wyniki otrzymał bardzo dobre, jeżeli zawczasu użył tego sposobu. Osoby starsze i osłabione mniéj dobrze go znoszą. Chory musi przytém leżeć na grzbiecie, nie zmieniając położenia nawet dla oddania stolców, które z początku stają się częstemi. Jeżeli zgęszczenie krwi doszło znaczniejszego stopnia, wtedy tylko zastrzykiwania podskórne roztworu soli kuchennéj są wskazane, a po okładach lodowych żadnego skutku spodziewać się nie można.

Ω. Bucquoy zaleca gorąco na podstawie licznych badań **Tartarus stibiatus w suchotach płuc.** B. podaje go z początku w dawce dziennéj po 10—15 ctg., zakazując przytém picia choremu, aby zapobiedz o ile możności wymiotom. Skoro chory dawkę taką już znosi, zmniejsza ją B. do 5ctg. *Tartarus stibiatus* w dawce takiéj dłuższy czas podawany ma znakomicie wpływać na stan ogólny chorego. Gorączka ma się zmniejszać, kaszel uspakajać, plwocina staje się mniéj ropną i mniéj obfitą, chory odzyskuje apetyt i trawi dobrze. Jedyném przeciwwskazaniem dla tego środka są owrzodzenia w kiszkach i biegunki. *Gaz. des Hôp.*, 1885, Nr. 80).

Ω. **Ergotyna w zapaleniu opon mózgowych.** Dr. Lacroix stosował w licznym szeregu przypadków téj choroby ergotynę według podania z bardzo dobrym skutkiem. Zdaniem L. ergotyna

działa w ten sposób, że zapobiega przez zwężanie naczyń silniejszemu wysiękowi surowiczemu. L. polecał wyciąg ergotynowy w dawce różnéj stosownie do wieku: dzieciom od 1 do 2 gramów, dorosłym od 3 do 4.5grm. na 120 grm. wody, z czego co pół godziny podawano po łyżeczce. (*The med. Record.* 21 listop. 1885).

Ω. Na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego berlińskiego zalecał gorąco prof. Ehrlich **kwas sulfanylowy przeciw zatruciu jodem.** Ehrlich przepisuje środek ten: *Rp. Acidi sulfanyl. 5·00, Natrii bicarbon. 2·50, Aq. destillatae 200·00. DS.* użyć w ciągu dnia. Środek ten ma usuwać bardzo szybko tak nadmierne wydzielanie błony śluzowéj przewodu oddechowego jak i ból głowy, w ogóle objawy występujące często u osób drażliwych po wewnętrzném użyciu jodu. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, str. 1688).

Ω. Rosenberg poleca pędzelkowanie rozczynem **mentolu** w oliwie lub wziewania tego środka **w gruźlicy krtani.** Po użyciu metodyczném mentolu w krótkim czasie owrzodzenia gruźlicze krtani oczyszczają się i pokrywają zdrową ziarniną. W jednym przypadku wrzody gruźlicze zabliźniły się w bardzo krótkim czasie. Autor zachęcony wynikami leczniczemi zaczął w ostatnich czasach używać wziewań z mentolu także przeciw suchotom płuc. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, str. 1650).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 2 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 16.

1. Kol. Tatarczuch przedstawia trzech chorych z oddziału męskiego chorób kiłowych i skórnych tutejszego szpitala powszechnego, a mianowicie dwóch chorych pastuchów z liszajem wyłysiającym, jednego z formą plamistą na twarzy i głowie, drugiego z guziczkowatą na wzgórku łonowym, trzeciego chorego z późną wysypką kiłową, któréj lokalizacyja i wejrzenie przemawiały również za *Herpes tonsurans*, badanie jednak okazało, że to jest późna wysypka kiłowa. Do przypadków tych nawiązuje kilka uwag o formach, przyczynach i leczeniu chorób przedstawionych, a zarazem usprawiedliwia nazwę choroby, którą wprowadza za kol. Różańskim (nie zaś za Hebrą), albowiem nazwa według kol. Różańskiego podana tłumaczy od razu rodzaj choroby, a nawet jeżeli kto chce, to może sobie i umiejscowienie choroby przy nazwie pomieścić.

2. Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego tak zwaną białaczką gruczołową wrzekomą. Chory liczy 70 lat, przed rokiem już zauważył nieznaczne obrzęki gruczołów limfatycznych szyi, poczém inne gruczoły powierzchowne nabrzmiewać poczęły. Chory ten zgłosił się do kol. B. przed 2 tygodniami. Stan jego był następujący: obie strony szyi, obie pachy i pachwiny zajęte obrzękami gruczołów chłonnych, które pod pachami przechodzą wielkością pięść dorosłego mężczyzny. Skóra pokrywająca guzy jest prawidłowa, niezrośnięta z guzami. Guzy te składają się z pojedynczych małych guzków, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego, przesuwalnych nieco obok siebie, co z łatwością wymacać można. Utkanie tych guzów jest miejscami sprężysto-twarde, miejscami ciastowato-miękkie. Śledziona w obu wymiarach dość znacznie powiększona (poprzeczny jéj wymiar wynosi 13cm., a na 8cm. poniżéj łuku żebrowego jest macalna). Badanie drobnowidowe krwi kilkorazowe wykazuje znaczne pomnożenie ilości białych ciałek krwi, miejscami przepływa przez pole widzenia 7—8 białych ciałek krwi. Badanie innych części układu limfatycznego i innych narządów nie wykazuje nieprawidłowości. Chory wygląda blado, czuje się jednak zresztą przedmiotowo zupełnie zdrowym. Kol. B. uważa przypadek ten jako kliniczny obraz białaczki gruczołowéj wrzekoméj i wspomina, że pierwszy opisał tę chorobę anglik Hodgkin w r. 1832, od którego téż nosi nazwę choroby Hodgkina. W Niemczech opisał ją dokładniéj Wunderlich pod nazwą *progressive multiple Lymphdrüsenhypertrophie* a Cohnheim dał jéj nazwę *Pseudoleukaemia*, we Francyi zaś Trousseau nazwę Ademii. Do rozpoznania doszedł kol. B. przez wykluczenie, przyczém rozebrał z osobna wszelkie możliwe stany chorobowe gruczołów chłonnych. Rzadkim i osobliwym jest przedstawiony przypadek ze względu na wiek chorego i na wielkość obrzęków gruczołowych, choroba ta bowiem występuje zazwyczaj w wieku młodym lub średnim. Daléj mówi kol. B. o sposobach leczenia téj choroby, stosowanych przez niektórych autorów z pomyślnym skutkiem. Wspomina o wstrzykiwaniach miąższowych w guzy nalewki jodowéj (Lücke), daléj *solut. Fowleri* także wstrzykiwano do miąższu po kilka kropel (Czerny-Billroth), wreszcie o podawaniu wewnętrzném kwasu arsenawego, wszystko ze skutkiem pomyślnym, późniéj zastanawia się kol. B. nad działaniem fizyjologiczném kwasu arsenawego, nad zatruciem chroniczném tymże kwasem i sposobem działania jego właśnie przez wywołanie objawów zatrucia; prawdopodobnie w skutek rozszerzenia naczyń obwodowych zwiększa się znacznie przemiana pierwiastków w całym ustroju, a tém samém i w gruczołach, przez co takowe do większéj czynności bywają pobudzone i doznają odnowy. Po podaniu 0·05 cgr. kwasu arsenawego przez 2 tygodnie, zauważył kol. B. zmniejszenie się i spłaszczenie guza po prawéj stronie szyi umieszczonego, jakotéż zmięknienie wszystkich twardych guzów. Gdy więc wpływ kwasu arsenawego okazuje się być korzystnym i w tym przypadku ma zamiar kol. B. zwiększać dawki aż do wystąpienia objawów lekkiego chronicznego zatrucia arsenawego. Kol. B. demonstruje jeszcze preparaty mikroskopowe ze krwi przedstawionego chorego.

3. Kol. Merczyński przedstawia dziewczynę, która po raz trzeci cierpi krwawienie z obu uszu, a czasem także i z nosa. Chora ta jest zresztą zdrową młodą dziewczyną, słyszy zwykle dobrze, w czasie tylko krwawienia z uszu, gdy krew zakrzepnie i zatka przewody uszne zewnętrzne, nie dosłyszy. Krwawienie to z uszu jest jeszcze z tego powodu zastanowienia godném, że wtedy, kiedy wystąpi krwawienie z uszu nie ma menstruacyi, jakotéż i z tego powodu, że chora ma jakby rodzaj aury, jaka przy padaczce się zdarza, to jest, że czuje, kiedy ma krwawienie z uszu wystąpić. Kol. M. zastanawiając się nad obecnym przypadkiem przypuszcza, czy to nie jest *menstruatio vicaria*, pomimo że wielu naszych autorów nie wierzy w istnienie takich krwawień zastępczych. Kol. M. przypuszcza więc albo *menstruatio vicaria*, albo téż że chora jest histeryczką i sama sobie drażni w jakiś sposób zewnętrzny przewód uszny i wywołuje krwawienie.

W dyskusyi kol. Widmann i inni podają wiadomość o znanych przypadkach krwawienia, mianowicie płucnego, u dziewcząt lub kobiet, które ani suchot, ani wady serca nie miały, a miewały krwotoki płucne co 28 dni. Dziewczęta te, gdy poszły za mąż, kobiety zaś gdy zostały matkami, nie cierpiały potém więcéj krwotoków płucnych, ani téż przebywane krwotoki żadnych śladów w płucach nie pozostawiały. (Dok. nast.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera**. Od kilku tygodni pojawiają się poszczególne przypadki cholery w prowincyi weneckiéj i w Wenecyi saméj; ostatniemi dniami choroba zawleczona została przez majtków do Tryjestu, gdzie już były 2 przypadki śmierci. W obec ukazania się choroby w bezpośredniém sąsiedztwie monarchii, a tém bardziéj w mieście portowém austryjackiém, Rząd polecił wszelkie możebne środki ostrożności.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,6. Z odry umarło 5 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 7 (2 z. t.); z duru brzusznego (2 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 32 przypadkach odry, 1 róży. W tygodniu od 6—12 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 4, w Monachowie 1, w Wiedniu 17, w Budapeszcie 4, w Pradze 2, w Rzymie 1, w Wenecyi 13, w Bazylei 2, w Zurychu 3, w Paryżu 6, w Londynie 1, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2, w Akwisgranie 1. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 7, w Hamburgu 7, w Paryżu 23, w Petersburgu 17. Z odry umarło w Berlinie 13, w Gdańsku 10, w Dreźnie 11,

w Budapeszcie 17, w Paryżu 22, w Londynie 57. w Liwerpolu 14, w Petersburgu 10. Z płonicy umarło w Londynie 14, w Petersburgu 27. Z błonicy umarło w Warszawie 20, w Berlinie 36, w Gdańsku 8, w Hamburgu 15, w Wiedniu 20, w Paryżu 35, w Londynie 30, w Crystyjanii 10. Z krztuśca umarło w Londynie 58.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,0; w Warszawie 32,1; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 25,4; w Pradze 27,0; w Budapeszcie 27,0; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Strasburgu 29,0; w Amsterdamie 22,0; w Bazylei 17,4; w Brukseli 24,0; w Chrystyjanii 18,3; w Kopenhadze 17,3; w Londynie 18,8; w Odesie 31,0; w Paryżu 24,4; w Petersburgu 25,6; w Rzymie 24,8; w Stokholmie 22,8; w Wenecyi 32.3; w Zurychu 22,8. *J. B-*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 grudnia. W poniedziałek d. 28 odbył się zapowiedziany w przeszłym numerze wykład demonstracyjny prof. Wróblewskiego w obecności kilkudziesięciu gości z rozmaitych warstw społeczeństwa naszego.

Prelegent rozpoczął od objaśnienia elektrycznéj instalacyi zakładu, wspomniał następnie o metodach już od dawna znanych posługiwania się światłem elektrycznéem przy demonstracyjach naukowych, a mianowicie przepuszczając światło przez przedmioty przeźroczyste. Dla demonstrowania téj metody ustawiony był mikroskop elektryczny i okazywane piękne preparaty proff. Teichmanna i Browicza z dziedziny anatomii, prof. Wierzejskiego z zoologii, wreszcie prof. Rostafińskiego z botaniki przy powiększeniach linearnych od 150 do 900 razy, a w końcu demonstrował elektrolizę wody w świetle przechodzącém, co wywołało huczne oklaski. Wreszcie wyłożył nową metodę demonstrowania przez projekcyje przedmiotów nieprzeźroczystych w świetle odbitém. Przystępując do tego prelegent wyraził podziękowanie swemu asystentowi p. Teodorowi Aleksandrowiczowi za okazaną mu przy wypracowaniu téj metody pomoc. Wiadomo jest, że jeżeli zapalimy świecę w ciemnym pokoju i postawimy przed nią soczewkę, to możemy otrzymać za pomocą téj soczewki obraz świecy przewrócony powiększony na ekranie lub ścianie białéj i wielkość obrazu będzie zależeć po części od soczewki użytéj, po części od odległości ściany. Podobnież za pomocą soczewki można otrzymać obraz każdego przedmiotu nieprzeźroczystego i nieświecącego, jeżeli się go z boku silnie oświetla. Na metodzie téj próbowano zbudować przyrząd do projekcyi już dawno i jeszcze w roku 1865 w Anglii optyk Chadburn zbudował latarnię, którą projektował rysunki, medale i mechanizmy, jak np. wnętrze zegarka na ekran. Lecz daléj rzecz ta nie była posunięta i prof. Wróblewski pierwszy rozwinął tę metodę o tyle, że może projektować na ścianę całe czaszki, głowy, ręce, preparaty anatomiczne, doświadczenia fizyjologiczne z zachowaniem wszystkich barw i odcieni przy dowolném powiększeniu [1]). Do téj części wykładu dostarczyły przedewszystkiém bogatego materyjału kolekcyje prof. Teichmanna i Nowickiego. Pokazawszy najprzód swą rękę na ekranie powiększoną 9 razy, prof. W. pokazywał przy témże powiększeniu ręce z odpreparowanemi tętnicami i żyłami, czaszki itd. Przy powiększeniu zaś linearném 19 razy demonstrował doświadczenia z zakresu fizyjologii, przygotowane przez prof. Cybulskiego, a mianowicie kurczenie się mięśnia podrażnionego przez prąd elektryczny, bicie serca u żaby i serce bijące wykrojone ze świeżo zabitéj żaby; prof. Cybulski zaś demonstrował bieg krwi w śródjeliciu i w pęcherzykach płucnych żaby. Wykład swój zakończył prof. W. zwróceniem uwagi słuchaczy na uniwersalność i wielką doniosłość metody jako środka do demonstracyj naukowych.

* Prof. Adamkiewicz mianowany został członkiem korespondentem *Société de Biologie* w Paryżu.

[1]) Dzienniki fachowe doniosły, że parę tygodni temu prof. Stricker w Wiedniu projektował w odbitém świetle przedmioty takie jak przekrój jamy nosowéj, serce bijące żaby i swe palce. Lecz prof. Stricker zaznaczył we wstępie swego wykładu sam, że na tę metodę zwrócił uwagę jego prof. Wróblewski. (Patrz Przegl. Lek., 1885, Nr. 49.

* Kol. Obtułowicz w Buczaczu donosi nam, że Dr. Apolinary Tarnawski, lekarz powiatowy w Jaworowie, zapadł ciężko na dur plamisty, którego się nabawił od chorych w powiecie swym.

* W roku ubiegającym nauka nasza straciła znakomitych pracowników: Frerichsa, Henlego, Panuma, Millne-Edwardsa i Haesera; nadto zmarli fizycy: Jolly i Schwanda; chemik Fehling; anatomowie: Siebold, Aeby, Robin; fizyjologowie: Picard, Carpenter i Heynsius; farmakologowie: Boeck i Rabuteau; klinicyści: Velten, Seidlitz, Leisrink, Hein, Budge, Burow i Guéneau de Mussy; chirurdzy: Schmidt, Vogt, Uhde; dermatolog: Canturri; psychijatrzy: Haucke, Rozsay, Faludi, Zini; balneologowie: Roth, Holzer, Thilenius; psychijatrzy: Buccola, Miraglia, Schlager, Lunier; neurolog Berger; uprawiający medycynę publiczną: Housselle, Guy, Czystowicz, Minn, Schneller, Popper; lekarze wojskowi: Grimm, Starcke, Ripari; weterynarz Bouley; poeta Alf. Meisser, podróżnik Nachtigall; antropolog Ploss, redaktor Boerner i zasłużony obywatel Strassmann. Lekarze polscy opłakują zgon fizyjologa Piotrowskiego, dermatologa Góreckiego, klinicysty Brodowicza, fizyka Prażmowskiego i wielu innych, z pośród których niechaj nam wolno będzie przypomnieć zacnego Żulińskiego i tyle obiecującego Wolframa. Czesi stracili chirurga Blazinę i sympatycznego a zdolnego Czardę. Cześć ich pamięci!

* Radzca lekarski i rządowy Dr. Albert Gustaw Weiss w Szczecinie przeniesiony został do Düsseldorfu. Dr. Weiss wsławił się tłumaczeniem Mickiewicza i innych poetów polskich na język niemiecki.

* **Paryż**. Wszyscy lekarze szpitalów paryskich, w liczbie 113, wystosowali prośbę do ministerstwa spraw wewnętrznych o zatrzymanie Sióstr Miłosierdzia jako najodpowiedniejszych do pielęgnowania chorych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachium.** Docent prywatny Dr. Angerer w Würzburgu powołany został jako nadzw. profesor do kierowania polikliniką chirurgiczną. — **Gryfija.** Dr. Solger, prosektor w Hali, powołany został jako profesor nadzw. histologii. — **Strasburg.** Dr. Bayer potwierdzony został jako docent położnictwa i ginekologii. — **Paryż.** Dr. Duval mianowany profesorem histologii. — **Charków.** Prof. nadzw. oftalmologii Dr. Hirschmann mianowany profesorem zwyczajnym. — **Kijów.** Docent Dr. Dobronrawów z Moskwy powołany został jako profesor ginekologii i położnictwa.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł d. 21 grudnia dyrektor tamecznéj szkoły weterynarskiéj prof. Dr. Fryderyk Roloff. — Natomiast żona prof. Hornera w Zurychu w depeszy do dzienników niemieckich wystosowanéj zaprzecza wiadomości o śmierci męża.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 52: Januszewskiego: Przyczynek do operacyi wysokiego czyli nadłonowego cięcia pęcherza moczowego (dok.); Lewyego: Spostrzeżenia nad działaniem kokainy w bólach połowicznych głowy, w nerwobólach oka i ucha. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Rosenthala: O operacyjném leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy; Heringa: Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. WICZKOWSKI: Doświadczenia nad antypyrynem. (Odbitka z Przegl. Lek.) Kraków 1885, in 8vo str. 61.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.